ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE,

JOURNAL COMPLÉMENTAIRE

DES SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

COMPOSÉE DE PROFESSEURS DE LA FACULTÉ, DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX.

IIIe SÉRIE. — TOME II.

A PARIS,

CHEZ
BÉCHET jeune, Libraire de la Faculté de Médecine, place de l'École de Médecine, n° 4;
MIGNERET, Imp.-Libraire, rue du Cherche-Midi, n° 58.
PANCKOUCKE, Imp.-Libraire, rue des Poitevins, N.° 14.

1837.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

MAI 1837.

Recherches sur la grippe et sur les pneumonies observées pendant le mois de février ; par M. NONAT, *chargé par intérim du service de M.* MAGENDIE, *à l'Hôtel-Dieu.*

L'épidémie catarrhale (grippe), qui vient de régner à Paris, se rapproche d'autres épidémies catarrhales qui ont parcouru l'Europe pendant les années 1510, 57, 74, 80, 1658, 76, 1709, 29, 33, 37, 43, 1775, 82, 1803, 31 et 33.

J'aurais pu jeter un coup-d'œil rapide sur chacune de ces épidémies, et faire voir en quoi elles diffèrent les unes des autres, et par quels traits elles se ressemblent. J'aurais pu comparer l'épidémie que nous venons d'observer avec celles de 1737, 43 et de 1803, et montrer qu'elles ont entr'elles de nombreux points de contact ; mais cette discussion m'eût entraîné au-delà des bornes de ce mémoire (1).

Laissant donc de côté l'historique des épidémies catar-

(1) On peut consulter sur ce sujet Forestus (lib. VI, obs. 1, 2 et 3) ; Rivière (*Observ. communicatæ*, p. 585) ; Willis (*Tract. de febr.*, c. 17) ; Sydenham, Lancisi, Huxham, Sauvages, Razoux, Mertens, Borsieri ; M. B. Mojon (*Mémoires de la Société médicale d'Emulation de Gênes*, tome II ; *Archives de Méd.*, année 1835 ; l'article *Grippe*, du *Dictionnaire de Médecine*, etc., etc.

rhales connues sous les noms de catarrhe épidémique, de grippe, *de morbus russicus*, *d'influenza*, etc., j'aborde immédiatement l'exposé des faits qui ont passé sous mes yeux.

Voici l'ordre que je me propose de suivre : 1° j'indiquerai d'une manière succincte quelques cas de grippe réduite à son plus grand état de simplicité ; 2° viendront ensuite les observations qui nous montrent la maladie sous une forme plus grave, celle qui a exercé tant de ravages à Londres, c'est-à-dire, la grippe asphyxiante, ou catarrhe suffoquant ; 3° je terminerai ce travail par l'histoire des pneumonies qui succédaient à la grippe. J'insisterai davantage sur cette dernière partie (1).

Ire PARTIE.

1re *Série de faits.* — *De la grippe avec forme légère, bénigne.*

— La grippe s'est offerte à nous sous cette forme dans le plus grand nombre des cas (60 fois environ). Dans tous ces cas l'affection catarrhale avait pour siége le larynx, la trachée-artère et les fosses nasales ; rarement elle s'étendait au-delà des premières divisions bronchiques. La poitrine donnait une sonoréité normale ; l'expansion était naturelle, sans mélange pulmonaire de râle sibilant ou muqueux. L'air semblait pénétrer librement dans les cellules bronchiques. La toux existait d'une manière constante ; elle était sèche au début, puis humide, comme dans le catarrhe ordinaire ; la respiration plus ou moins gênée par la douleur que les malades rapportaient derrière le sternum et à la base de la poitrine. Dans trois cas nous avons remarqué des crachats mêlés de stries sanglantes ; dans cinq cas il y eut des nausées et des vomissements, avec épigastralgie. Nous ne parlons pas ici des vomissements qui survenaient sous l'influence des quintes de toux. La constipation a eu lieu

(1) Parmi les observations recueillies dans le service confié à mes soins, plusieurs ont été rédigées par MM. Fauvel et Chevalier. Je les prie de recevoir mes remerciemens pour le zèle avec lequel ils m'ont secondé dans mes recherches.

chez le plus grand nombre des malades ; la langue était couverte d'un enduit blanc ou jaunâtre, la bouche pâteuse ou amère. La céphalalgie n'a jamais manqué ; elle variait suivant les individualités morbides : dans quelques cas elle constituait le phénomène prédominant de la maladie. Les douleurs générales se sont montrées plus ou moins vives ; elles étaient contusives et simulaient, jusqu'à un certain point, les douleurs qu'on éprouve à la suite d'une marche forcée.

La fièvre affecta le type rémittent, avec récrudescences marquées vers le soir, comme dans la fièvre catarrhale des anciens (*voyez* Borsieri). Sa durée variait de deux à trois ou quatre jours ; rarement davantage. La maladie présentait à son déclin une sueur abondante, douce au toucher, qui semblait en être la crise naturelle. La diarrhée s'observait quelquefois vers le troisième ou quatrième jour, et paraissait également critique.

Je vais me borner à rapporter les trois faits suivants :

Obs. Ire. — *Grippe légère ; début remarquable.* — Une jeune fille de 18 ans, bien réglée, enrhumée depuis quinze jours, fut prise tout-à-coup d'étourdissements, de battements de cœur et d'une oppression des plus intenses (elle semblait manquer d'air), avec enrouement, extinction presque complète de la voix, menace de défaillance, de lipothymie. Cet accès dura quelques minutes, et revint plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. La grippe a ensuite parcouru ses périodes d'une manière régulière dans l'espace de quelques jours, sous l'influence de boissons chaudes pectorales et de légers calmants. (Julep avec un quart de grain de sulfate de morphine).

Cette observation ne nous a offert d'autre particularité que le mode d'invasion de la maladie. Nous avons retrouvé le même début chez quelques malades. La jeune fille dont nous venons de parler était sujette, depuis deux ans, à des battements de cœur ; elle avait de temps en temps une légère dyspnée, mais elle n'avait jamais éprouvé de pareils accidents. Cette circonstance nous explique, jusqu'à un certain point, les prodrômes que nous avons observés chez elle.

Obs. II.e — *Grippe légère; prédominance des phénomènes nerveux.* — Une jeune femme douée d'un tempérament nerveux, très-irritable, mal réglée depuis trois ans, sujette à la migraine et à des douleurs dans diverses parties du corps, mais principalement dans l'abdomen, fut prise de la grippe le 6 février. Elle éprouva indépendamment des symptômes ordinaires de l'affection régnante, une douleur de tête atroce qui lui arrachait des cris, avec nausées, vomissements, douleurs générales des plus intenses, quelques crampes. En un mot, il y eut dans ce cas une prédominance des phénomènes nerveux. Nous avons en outre remarqué qu'à l'époque de la recrudescence fébrile, la malade avait un peu de délire, qui cessait complètement le matin et dans la journée. Un traitement simple a été employé, et les accidents se sont dissipés au bout du troisième jour. Un laxatif administré pour combattre les symptômes d'embarras gastrique, a paru produire une diminution de la céphalalgie.

Obs. IIIe. — Une dame âgée de 29 ans, sujette également à la migraine et à des douleurs rhumatismales, contracta la grippe le 10 février. La céphalalgie acquit dès le principe une grande violence. La malade craignait de changer de place; le moindre ébranlement retentissait dans sa tête; le plus léger bruit, la lumière même diffuse, lui étaient insupportables; la face était rouge, congestionnée, abattue; les paupières abaissées. La malade était comme assoupie, indifférente à tout ce qui l'entourait; elle répondait facilement aux questions qui lui étaient adressées.

Au bout de vingt-quatre heures, la peau se couvrit d'une sueur abondante; les douleurs générales ont peu-à-peu diminué. Le troisième jour, la malade était débarrassée de la céphalalgie; le sixième, elle était en pleine convalescence.

Nous voyons dans ces trois cas les symptômes généraux varier suivant les dispositions individuelles de chaque malade. Ainsi l'une éprouvait habituellement des palpitations et de la dyspnée, et l'invasion de la grippe s'annonce par des battemens de cœur, un sentiment d'oppression et de défaillance. Les deux autres étaient sujettes à des maux de tête fréquents et à des douleurs dans diverses parties du corps; eh bien! chez elles l'exaltation de la sensibilité constitue le phénomène prédominant de la grippe.

Le peu de malades qui ont eu des vomissements spontanés, avaient l'estomac très-irritable dans leur état de santé ordinaire. En un mot, indépendamment des caractères propres à la grippe, on voyait prédominer tel ou tel groupe de symptômes suivant les individualités morbides.

D'ailleurs, quelque variés que fussent les symptômes de la grippe, ils se terminaient d'une manière favorable toutes les fois que l'affection catarrhale ne s'étendait pas au-delà de la trachée et des premières divisions bronchiques. La maladie ne réclamait alors que le repos au lit, des boissons chaudes pectorales, quelquefois un vomitif ou un laxatif, de légers calmants à l'intérieur, des révulsifs sur les extrémités, rarement une émission sanguine. Tels sont les moyens que j'ai mis en usage dans la plupart des cas de cette espèce.

IIe *Série de faits. — Grippe suffoquante.*

Nous rattachons à cette série les cas dans lesquels le catarrhe envahissait toute l'étendue de la membrane muqueuse bronchique. La respiration était ici plus ou moins difficile; quelquefois même la mort survenait dans un espace de temps très-court, au milieu de symptômes asphyxiques (catarrhe suffoquant). Je rapporterai à ce sujet les observations suivantes :

OBS IVe.— *Grippe avec forme de catarrhe suffoquant. Guérison.* — Une femme de 32 ans, journalière, enceinte de six mois, fut admise le 12 février, à l'Hôtel-Dieu. Elle avait la grippe depuis deux jours.

Au début, légers frissons suivis de réaction fébrile, puis mal de gorge avec toux, enrouement, extinction complète de la voix; céphalalgie moderée, sentiment de malaise général et de courbature. Elle n'avait subi aucun traitement le 13 février. La malade était obligée de rester assise dans son lit à cause de la dyspnée. La face était un peu colorée, abattue, la langue blanche, la bouche pâteuse; constipation, ventre indolent, respiration fréquente (35 par minutes), haute; toux avec expectoration de crachats abondants, muqueux, blanchâtres. Sonoréité normale de la poitrine, râle muqueux à grosses et à petites bulles de chaque côté, pendant les mouvements d'inspiration et d'expiration.

La peau était couverte d'une moiteur douce au toucher, le pouls accéléré (95), mais peu développé, sans dureté. (Mauve, violette sucrée; julep gommeux, looch, maniluve sinapisé.)

Le 15, même état, dyspnée plus grande la nuit que le jour; même aboudance de l'expectoration. (Saignée de dix onces). Le reste, *ut suprà*.

Le 16, le sang est coagulé, le caillot nage dans le sérum, il a peu de consistance et est dépourvu de couenne. La malade n'a éprouvé aucun soulagement; elle se sent plus oppressée et plus abattue qu'hier. D'ailleurs, mêmes phénomènes. (Boissons simples, deux bouillons, eau rougie).

Le 17, un peu de mieux; nous insistons sur les boissons pectorales, et sur de légers stimulants. A dater de cette époque, le mieux a coutinué, et la malade est sortie guérie le 24 février.

Ce qui prouve que nous avions affaire à unë bronchite générale modifiée par l'influence épidémique, c'est que les forces étaient plus abattues qu'elles ne le sont dans la bronchite capillaire ordinaire. D'ailleurs, ne perdons pas de vue que la malade s'est trouvée moins bien après la saignée qu'avant, et que le sang avait une consistance un peu moindre que de coutume.

Obs. V° — *Grippe avec forme asphyxiante. Mort.* — Une jeune fille âgée de 22 ans, rachitique, portait une déviation du rachis à droite; elle avait en outre un catarrhe pulmonaire chronique, des battements de cœur, et une dyspnée habituelle. Cette jeune fille était à l'hôpital depuis six semaines, lorsque la grippe devint épidémique. Le 2 février, elle fut prise de tous les symptômes de la maladie régnante, avec frissons vagues, bientôt suivis d'une douleur de gorge, d'une toux sèche par quintes; enrouement, etc., (Boissons pectorales, julep avec morphine, looch, péd. sinap.; lav. émollients.)

Le 3, asphyxie imminente : teinte bleue, violacée, de toute la surface du corps; respiration des plus pénibles, haute, fréquente, comme chez les animaux placés dans un air raréfié. Tous les muscles qui concourent à la respiration entraient en action; les narines se dilataient, la bouche restait ouverte, la voix était complètement éteinte. La malade avait conservé son intelligence, elle se sentait menacée de suffocation. Le pouls était fréquent, 140, petit, presque insensible, les extrémités froides, la peau et les chairs molles, flasques.

L'oreille appliquée sur la partie antérieure de la poitrine, distinguait à peine le bruit respiratoire mêlé de râle muqueux à petites bulles. En avant, la percussion donnait un son clair. (Saignée de huit onces, une bouteille d'eau de Sedlitz, vésicatoire à chaque cuisse, sinapismes promenés sur les membres. Le sang était peu consistant; le caillot non couenneux.

La saignée fut suivie d'un peu de soulagement; la teinte bleue de la peau diminua, l'eau de Sedlitz procura plusieurs évacuations alvines.

Le 2e jour, la malade se trouve un peu moins oppressée, la teinte bleue n'existait plus qu'aux extrémités et aux lèvres. On continue les révulsifs sur la peau, et les boissons chaudes pectorales.

Le 3e jour, les accidents se sont reproduits comme le premier jour; la cyanose générale a reparu : la respiration est extrêmement difficile, laborieuse, le pouls insensible, les mains froides, glacées. L'asphixie va croissante, et la mort survient dans la journée.

Le cadavre de cette jeune fille fut transporté au collège de France, pour les leçons de M. Magendie. Je n'ai point eu occasion d'examiner les altérations anatomiques; mais M. Cazalis, prosecteur de M. Magendie, m'a raconté qu'il avait trouvé les bronches obstruées par des mucosités abondantes et spumeuses, et leur surface interne d'un rouge très-foncé, uniforme; en outre, les poumons gorgés de sang noir, dans les deux tiers postérieurs. M. Cazalis laissa les poumons sur la table de dissection, après les avoir incisés dans divers sens. Le lendemain, leur tissu était presque entièrement dégorgé, revenu sur lui-même. Ce phénomène nous prouve que l'engorgement sanguin des poumons n'était point le résultat d'un travail phlegmasique, mais d'une simple stase passive.

Obs. VIIe — *Grippe avec forme asphyxiante. Mort.* — Un homme de 35 ans environ, bien constitué, fut apporté presque mourant dans le service de M. Récamier, et succomba quelques instants après son entrée à l'hôpital. Il présenta les symptômes du catarrhe suffoquant, et mourut dans un état complet d'asphyxie. L'ouverture du cadavre fut faite en présence de M. Récamier, par M. Roger.

On apercevait à l'extérieur, quelques traces de la cyanose.

La trachée artère et les bronches étaient remplies de mucosités spumeuses. La membrane interne qui tapisse les conduits aériens, depuis le larynx jusque dans les dernières ramifications bronchiques, était d'un rouge vif, uniforme, scarlatineux; elle était légè-

rement boursouflée, mais non ramollie. La rougeur ne disparut point sous un lavage prononcé; quelques granulations folliculeuses rougeâtres se remarquaient à la surface interne de la trachée artère. Les bronches furent suivies avec soin. Elles ne présentèrent aucun vestige de concrétions blanchâtres, soit sous forme cylindrique, soit sous forme membraneuse. Au-dessus du larynx, la rougeur cessait brusquement, elle ne se retrouvait ni dans le pharynx, ni dans l'œsophage. Ses limites étaient bien tranchées.

Les poumons étaient emphysémateux en avant, mais dans les trois quarts postérieurs, ils étaient gorgés de sang noir. Leur tissu n'était pas ramolli. Incisés dans divers sens, ils laissaient écouler une grande quantité de sang noir, fluide; nous les vîmes se dégorger peu à peu d'une manière mécanique.

Est-ce ainsi que se comportent les poumons frappés d'hépatisation? Non assurément. Aussi, dans ce cas, comme dans le précédent, il n'y avait qu'un engouement passif du parenchyme pulmonaire, engouement qu'on rencontre chez tous les sujets qui meurent dans un état d'asphyxie.

Obs. VII[e] — Un cas semblable s'est présenté dans le service de M. Jadioux. Je dois ce renseignement à l'obligeance de M. le docteur Piedagnel. Les mêmes altérations anatomiques ont été retrouvées du côté des bronches et des poumons. Chez le sujet mort dans le service de M. Récamier, il y avait une stase sanguine dans presque tous les organes. La membrane muqueuse intestinale était injectée, arborisée, mais sans boursoufflement. Les vaisseaux sous-muqueux étaient principalement injectés. Les reins étaient d'un rouge brun, gorgés de sang, comme chez les cholériques. Mêmes phénomènes du côté du foie; même congestion sanguine du côté des vaisseaux qui rampent au-dessous de l'arachnoïde. D'ailleurs, aucun changement dans la consistance du cerveau et de la moelle épinière. Le cœur et les gros vaisseaux étaient gorgés de sang noir, coagulé, mais de peu de consistance.

Je puis rapprocher de ces faits l'histoire d'une femme qui fut admise à l'hôpital de la Pitié, dans mon service, au mois d'octobre dernier, à l'époque où je remplaçais M. Serres.

Obs. VIII[e] — *Grippe avec forme asphyxiante; mort.* — Cette femme était âgée de 48 ans environ, chiffonnière. Elle avait es-

suyé une averse deux jours avant son entrée. Elle eut des frissons vagues, irréguliers, pendant plus de vingt-quatre heures, puis elle ressentit des douleurs dans tous les membres, comme si elle eût fait un long voyage, avec prostration des forces sans réaction inflammatoire.

Cette malade était, quand nous la vîmes, fortement abattue, accablée ; elle se plaignait de douleurs dans toutes les articulations ; elle avait une difficulté de respirer que ne nous expliquait pas l'état des poumons. La face était abattue ; céphalalgie sus-orbitaire, langue humide, couverte d'un enduit blanchâtre ; ventre indolent, constipation, soif modérée, point d'appétit. La peau était froide ; le pouls très-faible, ralenti. Rien d'appréciable du côté des articulations. (Infusion de bourrache sucrée chaude ; potion avec acétate d'ammoniaque, ʒ ij ; frictions sur les membres ; du bouillon).

Le lendemain nous n'observâmes aucun changement ; la malade resta dans le même état pendant trois jours. Nous l'avions vue le matin dans cet état, lorsque le soir elle fut prise tout-à-coup d'une difficulté de respirer bien plus marquée que les jours précédents. Elle devint bleue, et elle mourut asphyxiée au bout d'une heure.

Nous fîmes l'ouverture du cadavre avec beaucoup de soin. Nous avons rencontré absolument les mêmes altérations que dans les cas dont nous avons parlé plus haut.

Je suis porté à croire que cette malade succomba sous l'influence de la constitution médicale qui devait bientôt nous amener l'épidémie catarrhale (grippe).

Cette forme de la grippe fut extrêmement rare à Paris. A Londres, au contraire, elle était fréquente ; elle amenait la mort dans l'espace de deux jours (catarrhe suffoquant), indépendamment de toute complication ; elle moissonnait les riches comme les pauvres, les forts comme les faibles. Nous ne pouvons en accuser ni les différences de température, ni le genre de vie, ni les méthodes de traitement, mais la cause inconnue de l'épidémie qui exerçait son influence avec plus d'énergie dans tel pays que dans tel autre.

N'avons-nous pas vu le choléra sévir beaucoup moins à Londres qu'à Paris, sans qu'il ait été possible d'attribuer cette différence à aucune cause appréciable ?

Il est sans doute plus satisfaisant pour l'esprit de rapporter la marche des épidémies à telle ou telle cause saisissable ; mais il faut savoir douter et ne jamais aller au-delà des faits ou d'une induction raisonnable.

Du reste, les faits que j'ai rapportés plus haut ressemblent exactement à ce que les médecins anglais nous ont dit touchant la forme asphyxiante de la grippe. Mêmes phénomènes pendant la vie, même marche rapidement funeste. Dans tous ces cas, il y a phlegmasie de la membrane muqueuse trachéale et bronchique ; dans tous ces cas la sécrétion abondante des bronches amène l'obstruction des canaux aériens et contribue à produire l'asphyxie. Mais peut-on dire que la phlegmasie des bronches constitue la maladie toute entière? Je ne le pense pas, attendu qu'on observe d'autres fois la phlegmasie générale des conduits bronchiques, sans qu'elle produise des accidents aussi graves. D'ailleurs, s'il n'y avait qu'une simple inflammation de la muqueuse des voies respiratoires, les émissions sanguines faites à propos devraient en arrêter les progrès. Or, les médecins anglais ont observé que le plus souvent les saignées, loin d'être utiles, devenaient nuisibles, et qu'elles contribuaient seulement à diminuer les forces des malades, et à rendre l'asphyxie plus prompte. Tout indique que la grippe avec forme asphyxiante était constituée par un catarrhe occupant toutes les bronches, mais que ce catarrhe n'était que l'un des élémens de la maladie. Du reste, l'engouement des poumons, quelle qu'en fût la cause, devait apporter un grand obstacle à l'hématose, et concourir à produire l'asphyxie.

IIIe *Série de faits. — Grippe sans catarrhe pulmonaire.*

Jusqu'ici nous avons vu l'affection catarrhale constituer le caractère principal de la maladie régnante ; mais nous avons observé une malade chez laquelle la plupart des symptômes de la grippe existaient, à l'exception du catarrhe des voies aériennes.

Le fait suivant est l'un des plus remarquables que nous ayons rencontrés.

Obs. IXe — Une jeune fille âgée de 19 ans, habitant Paris depuis moins d'un an, entra à l'Hôtel-Dieu, le 14 février 1837. Alitée depuis deux jours, elle avait été prise de frissons vagues, bientôt suivis de réaction fébrile, avec perte de l'appétit. Céphalalgie frontale, douleurs dans tous les membres.

Le 15, elle portait sur la face une expression de stupeur et d'abattement très-prononcée; elle avait de la céphalalgie sans coryza, sans signes d'affection catarrhale. La langue était blanchâtre, humide, le ventre indolent, même au niveau de la fosse iliaque droite. Constipation, urines rares; expansion pulmonaire sans mélange de râle muqueux ou sibilant. La peau était d'une chaleur modérée, sans moiteur; le pouls à 90, peu élevé, facilement dépressible, ondulant; absence d'épistaxis et de taches lenticulaires. (Saignée de huit onces, mauve sucrée, jul. gom., lav., catapl., diète). La malade eut une défaillance à la fin de la saignée.

Le 16, le sang était peu consistant, non couenneux. La prostration générale est la même qu'hier, mais le pouls est moins fréquent. Du reste, mêmes symptômes. (Boissons simples, diète.)

Le 17, amélioration remarquable; la malade peut se tenir sur son séant, sa face n'est presque plus abattue, le pouls est sans fréquence, la peau douce au toucher. La malade éprouve le besoin de prendre des aliments. (Deux bouillons, mauve sucrée.)

Le 18, le mieux se soutient. (Deux soupes.)

Le 20, la malade sort guérie.

Cette affection nous paraît devoir être rapprochée de la maladie régnante, malgré l'absence du catarrhe des voies aériennes. Ce qui nous conduit à le penser, c'est que chez d'autres malades nous avons vu le même état de prostration céder dans un espace de temps très-court, alors qu'il se trouvait combiné avec une affection catarrhale légère et incapable de nous expliquer l'affaiblissement général. C'est là, pour le dire en passant, un exemple de ces fièvres éphémères qui revêtent à leur début des caractères assez graves pour simuler la fièvre dite typhoïde. C'est à cela que nous semblent devoir être attribués les cas de fièvre continue grave ou typhoïde, guéris dans un espace de temps très-limité.

Les anciens ont déjà remarqué cette circonstance avec beaucoup d'exactitude, d'où les subdivisions qu'ils ont établies à l'occasion des fièvres continues, subdivisions qui, bien que fondées exclusivement sur les symptômes, doivent être conservées, si l'on veut apprécier à leur juste valeur les effets des différentes méthodes de traitement. Quelquefois, à la suite de la grippe, les douleurs disséminées dans les membres se sont fixées sur une seule articulation, et elles ont pris la forme du rhumatisme articulaire aigu. Je citerai à ce sujet l'observation suivante :

Obs. Xe — Une domestique âgée de 23 ans, bien réglée, douée d'une bonne constitution, éprouva d'abord tous les accidents de la grippe, puis au bout de quatre jours, en même temps que les douleurs abandonnent les membres, l'épaule droite devient le siége d'une douleur très-intense ; la fièvre persiste, ainsi que l'anorexie et la constipation.

A son entrée, l'épaule droite était gonflée, douloureuse; les muscles qui l'entourent, également endoloris, mais les autres membres étaient libres. Le pouls fréquent, développé, la peau chaude, moite; récrudescence de la fièvre vers le soir. (Mauve sucrée, cataplasmes sur l'épaule, lav., diète.)

Le *lendemain*, la malade se plaint d'avoir souffert davantage, par suite de l'application des cataplasmes émollients. J'essayai de calmer la douleur en faisant arroser les cataplasmes de laudanum. Ce moyen n'a produit aucun soulagement : j'eus ensuite recours aux frictions mercurielles sur la partie malade, sans plus de succès. Enfin, le cinquième jour, je fis appliquer 20 sangsues autour de l'épaule. Le lendemain, la malade se trouvait beaucoup mieux, et elle ne tarda pas à sortir guérie.

J'ai vu deux cas semblables au Bureau central. La douleur occupait également l'épaule droite ; elle augmentait par la pression ; la fièvre persistait. Ces deux malades ont éprouvé, en commençant, les douleurs générales qui accompagnent la grippe ; puis à mesure que l'épaule droite s'est prise, les douleurs vaguement répandues dans les membres se sont dissipées. Ne semble-t-il pas que l'exaltation de la sensibilité, disséminée d'abord sur toutes les parties du corps, s'est en-

suite fixée sur l'articulation scapulo-humérale ? Sans pousser trop loin l'induction, je crois qu'il est permis de rattacher ces douleurs à l'influence épidémique : d'où la forme rhumatismale de la grippe.

Avant de terminer ce qui concerne la grippe exempte de complications, disons quelques mots de l'état du sang chez les grippés. Ce liquide s'est présenté dans quelques cas avec sa couleur et sa consistance ordinaires ; mais dans d'autres il avait subi une diminution dans sa consistance. Le caillot était séparé du sérum, mais moins ferme que de coutume, sa cassure était moins nette qu'elle ne l'est habituellement.

J'ai remarqué que le sang était d'autant moins plastique que les malades étaient plus affaissés ; en un mot, suivant que la grippe revêtait la forme inflammatoire ou la forme adynamique, le sang n'avait point la même consistance. Que ces changements survenus dans le fluide le plus important de l'économie fussent primitifs ou consécutifs, ils étaient susceptibles de jouer un grand rôle dans la production des phénomènes morbides.

Ne sait-on pas que le sang influence diversement nos organes suivant qu'il est plus ou moins plastique ?

Ne sait-on pas que la diminution de l'énergie vitale est une conséquence de cette lésion du sang ?

Enfin les expériences de M. Magendie viennent de démontrer que les phénomènes de la circulation sont modifiés d'une manière très-remarquable par les changements qu'on fait subir à la fibrine du sang, soit qu'on diminue la quantité de fibrine, soit qu'on la rende moins plastique ; des congestions sanguines s'opèrent dans divers points de l'organisation, mais surtout dans les poumons

Ce que M. Magendie développe artificiellement chez les animaux vivants, la nature le produit dans plusieurs maladies qui se lient bien évidemment à cette altération du sang.

Nous sommes portés à croire que cet état du sang

chez les grippés, n'a pas été sans influence sur la disposition remarquable dans laquelle ils se trouvaient, pour contracter soit une congestion pulmonaire, soit une véritable phlegmasie des poumons.

Voila ce que nous pouvons déduire de l'examen du sang chez les grippés.

Mais l'altération du sang jouait-elle un rôle plus important, était-elle la cause de tous les désordres fonctionnels, en un mot la grippe était-elle due à un empoisonnement miasmatique? c'est possible, mais nous ne saurions l'affirmer.

Ce que les faits établissent d'une manière péremptoire, c'est que la cause de l'épidémie portait spécialement son action sur les organes respiratoires. Tout le monde a remarqué la fréquence des affections de l'appareil respiratoire depuis l'invasion de la grippe. Aujourd'hui même nous ne sommes point encore soustraits à l'influence de la constitution médicale qui s'est déclarée vers la fin de janvier. Le nombre des catarrhes et des pneumonies a été très-considérable depuis cette époque.

Le tableau suivant démontre ce que nous venons d'avancer :

Des 144 malades reçues dans la salle Sainte-Monique pendant le mois de février, 35 ont succombé :

Cause de mort :	
Pneumonie	10
Catarrhe suffoquant (grippe avec forme asphyxiante).	1
Catarrhe pulmonaire chronique.	4
Phthisie pulmonaire	12
Maladie du cœur	2
Emphysème pulmonaire	4
Cancer de l'utérus	1
Cancer de l'estomac	1
TOTAL	35

On voit par ce tableau que, sur 35 malades qui ont succombé pendant le mois de février, 31 avaient une affection soit chronique, soit aiguë des voies aériennes; il n'en faudrait pas davantage pour caractériser une épidémie.

Voyez ce qui se passe dans les maladies épidémiques qui exercent leur action spéciale sur les organes digestifs; la plupart des individus meurent victimes d'une affection gastro-intestinale; en un mot, chaque maladie épidémique impressionne plus fortement certains organes que d'autres.

Comme dans la plupart des maladies épidémiques, nous avons remarqué que les fièvres continues ordinaires ont presqu'entièrement cessé de se montrer pendant toute la durée de la grippe.

Il semble que la constitution médicale régnante domine tous les organismes, et qu'elle imprime son cachet à toute les maladies.

Je n'ai observé qu'un seul cas de fièvre typhoide pendant le mois de février, et cette affection nous présenta un ensemble de phénomènes qui participaient et de la grippe et de la fièvre typhoide, quoiqu'il y eût une prédominance marquée des symptômes de la dernière affection.

Cette influence des maladies épidémiques sur les fièvres qu'on observe habituellement s'est fait sentir d'une manière bien évidente à l'époque du choléra. Chacun se rappelle que la fièvre typhoide disparut pendant l'épidémie, et que cette maladie revêtit plus tard des caractères qui appartenaient dans quelques cas et au choléra et à la fièvre typhoide.

Je n'insisterai pas davantage sur ce sujet, et j'aborde l'étude de l'une des complications les plus fâcheuses de la grippe, c'est-à-dire de la pneumonie.

IIe PARTIE. — *De la pneumonie observée pendant l'épidémie de grippe.*

La première question qui s'offre à nous, c'est de savoir si la pneumonie recevait une influence directe de la constitution

médicale régnante. Cette question n'est pas douteuse pour nous. En effet, sur trois cents individus qui ont succombé à l'Hôtel-Dieu dans le mois de février, quatre-vingts ont péri victimes de la pneumonie. Cette affection est commune, il est vrai, pendant les saisons froides et humides, mais on voit des hivers plus rigoureux que l'hiver dernier ne donner à la pneumonie ni la même fréquence ni la même gravité. La pneumonie n'a épargné ni l'un ni l'autre sexe ; mais elle paraît avoir été plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Nous l'avons vue se développer chez des personnes douées de constitution et d'âge différents ; toutefois les sujets affaiblis par des causes antécédentes, étaient plus exposés que d'autres à la contracter.

Le catarrhe pulmonaire chronique, les tubercules pulmonaires, en favorisaient le développement. Enfin, de toutes les causes occasionnelles, la plus fréquente et la plus palpable a été l'action de l'air froid, sec ou humide. Quand on se rappelle l'ensemble des phénomènes de la grippe, on conçoit que les causes les plus légères suffisaient pour amener l'engorgement du poumon. Mais la pneumonie s'est quelquefois développée sans le concours d'aucune cause extérieure. Certains malades ont gardé le repos au lit, dès l'invasion de la grippe ; ils sont restés à l'abri des vicissitudes de l'air atmosphérique, et cependant la pneumonie est venue les atteindre. On sait d'ailleurs que le poumon s'engorge de bien des manières différentes, et sous l'influence de causes variées.

La pneumonie ne succédait pas immédiatement à l'invasion de la grippe ; elle se manifestait rarement avant le 2e ou le 3e jour, souvent même au bout de cinq ou six jours. Quelques malades ne pouvaient en indiquer le début d'une manière précise. En effet, le frisson qui précède habituellement la pneumonie pouvait manquer, ou du moins être beaucoup plus faible que de coutume. Le point de côté ne se distinguait pas toujours facilement de la douleur qui se faisait sentir dans la grippe, au niveau des fausses côtes. La toux conservait son

caractère primitif ; les crachats restaient blancs, muqueux, comme dans la grippe. Dans d'autres cas, la pneumonie s'annonçait par les mêmes phénomènes que dans les temps ordinaires.

Si nous n'avions remarqué d'autres différences dans les pneumonies régnantes que celles qui se déduisaient de leur mode d'invasion, nous n'aurions pas cru nécessaire de les diviser en deux catégories principales ; mais nous avons pris pour base de cette distinction l'ensemble des caractères de la maladie. Ainsi nous avons rangé dans la première catégorie les pneumonies qui amenaient promptement l'épuisement des forces, l'altération des traits, la fréqnence et la mollesse du pouls, une dyspnée très-intense, etc., symptômes qui n'étaient nullement en rapport avec les altérations locales.

Nous avons réuni dans la seconde catégorie les pneumonies qui, bien que modifiées par la cause épidémique, développaient à-peu-près les mêmes phénomènes que les pneumonies qui se présentent chaque année à notre observation.

Celles-ci ne différaient que par des nuances légères de la pneumonie franchement inflammatoire ; celles-là au contraire se rapprochaient de la pneumonie maligne des anciens.

Cette distinction est d'une haute importance au lit des malades, car ces deux espèces de pneumonies réclament un traitement différent.

En effet, les unes étaient avantageusement combattues par les moyens que nous avons coutume d'opposer à la pneumonie ; les autres, soumises à la même médication, étaient bientôt suivies d'une fâcheuse terminaison.

J'essayai tour-à-tour les saignées proportionnées à la force des sujets, et je vis échouer cette médication toutes les fois que la pneumonie revêtait la forme adynamique ou maligne. J'eus recours dans les mêmes cas aux préparations antimoniales, j'employai l'émétique à haute dose, le kermès, les révulsifs sur la peau, sans plus de succès. Enfin depuis le 13 février, j'associai les stimulants, soit aux émissions sanguines,

soit aux vésicatoires, et j'obtins des résultats qu'aucune des méthodes précédentes ne m'avait donnés.

Voici d'ailleurs le tableau des vingt-neuf malades affectées de pneumonies, que nous avons traitées pendant le mois de février :

1° Dix-neuf avaient une pneumonie grave, adynamique. (1re catégorie).

Deux sont mortes avant de subir aucun traitement.

Sept ont été traitées par la saignée, les révulsifs cutanés et les préparations antimoniales. Deux d'entr'elles se trouvaient dans un état désespéré à l'époque de leur admission à l'hôpital ; elles ont toutes succombé.

Dix ont été traitées par les stimulants seuls ou combinés avec la saignée et les révulsifs cutanés.

Trois sont mortes, l'une le second jour qui suivit son entrée ; l'autre au bout de trois semaines ; enfin la troisième survécut deux mois, et elle mourut à la suite d'une pleurésie intercurrente.

Les sept autres sont guéries.

2° Dix avaient une pneumonie simple, franchement inflammatoire (2e catégorie) ; elles sont toutes guéries. Celles-ci ont été traitées par les émissions sanguines, les vésicatoires et le tartre stibié à haute dose (dans un cas seulement).

On sera peut-être étonné de ce que nous avons reçu une si grande proportion de pneumonies graves pendant l'épidémie : mais je ferai remarquer qu'étant chargé en même temps et du service du Bureau central, et d'un service à l'Hôtel-Dieu, je choisissais, pour la salle qui m'était confiée, les pneumonies graves. Sans cette circonstance, je n'aurais pu réunir, dans un laps de temps aussi court, 19 malades affectées de pneumonies avec forme adynamique.

Je me garderai bien de déduire de ce que j'ai vu, des conséquences générales, car le nombre des pneumonies graves ou malignes a été probablement moins considérable dans d'autres salles que dans celle qui était confiée à mes soins.

Qu'on n'oublie pas en outre que mes observations ont été recueillies exclusivement chez les femmes.

J'ai déjà fait connaître ces résultats d'une manière sommaire dans la *Gazette médicale* du 25 février dernier. J'ai appelé l'attention des pathologistes sur une altération spéciale des bronches appartenant aux lobes du poumon hépatisés; j'ai indiqué en même temps les idées qui m'ont conduit à modifier le traitement des pneumonies régnantes; je vais aujourd'hui exposer les faits tels qu'ils se sont présentés à mon observation; j'y joindrai ceux qui m'ont été communiqués par plusieurs de mes confrères.

(*La suite au prochain Numéro.*)

Observations et considérations sur la difficulté du diagnostic dans certains cas de hernies incomplètement réductibles; par V. NIVET, *interne des hôpitaux, membre titulaire de la Société anatomique.*

Les auteurs classiques, en faisant l'histoire de la généralité des faits, laissent souvent de coté les cas dans lesquels les causes d'erreur se réunissent pour tromper le chirurgien ou le médecin; les détails qu'exigerait une description complète des maladies considérées dans toutes leurs phases, avec l'indication de la fréquence des divers symptômes qui les accompagnent et de toutes les complications qui peuvent rendre le diagnostic obscur, serait ennuyeux sans doute, mais elle éviterait aux jeunes praticiens une foule d'erreurs, souvent nuisibles aux malades. La lecture des observations particulières peut seule les prémunir contre ces causes d'insuccès.

Comme les faits que nous présentons ont été recueillis sur des femmes, les réflexions qui les accompagnent sont surtout applicables aux personnes du sexe féminin.

Nous nous proposons dans ce travail d'examiner :

1° La difficulté du diagnostic de certaines hernies crurales irréductibles.

2° L'état d'incertitude dans lequel se trouve quelquefois le chirurgien, lorsqu'il s'agit de distinguer une épiplocèle compliquée d'entorcèle étranglée, d'une péritonite accompagnée d'épiplocèle irréductible.

3° Nous rapporterons une observation d'étranglement avec douleur très-légère dans la tumeur qui était le siége de l'étranglement, tandis que dans l'autre aine on trouvait une tumeur douloureuse.

§. 1. *Difficulté du diagnostic dans certains cas de hernies crurales volumineuses et irréductibles.*

Lorsque le chirurgien a pu suivre les progrès d'une hernie crurale, ou que des renseignemens exacts lui sont donnés; lorsqu'il a pu s'assurer que la tumeur a d'abord paru dans le pli de l'aine, entre l'ouverture de la veine saphène et le ligament de fallope, qu'elle s'est développée de bas en haut en se portant dans l'espace compris entre l'épine du pubis et l'épine antéro-supérieure de l'os des iles, que le pédicule de la tumeur est placé *au-dessous du ligament de fallope*, *en dehors de l'épine du pubis*, alors le diagnostic est facile.

Mais il est des cas dans lesquels l'erreur est presqu'inévitabe. Ainsi : *A*. Lorsque des adhérences morbides, des cicatrices, s'opposent au développement d'une hernie fémorale dans la partie crurale de la région inguininale, les viscères peuvent se porter dans le scrotum et simuler une hernie inguinale. M. Laugier cite un fait de ce genre observé par M. le professeur Marjolin (*Dict. de médecine*. *tome* 13. 1836. art. Hernie femorale.)

B. On a vu le testicule après sa sortie du canal inguinal se dévier de sa route ordinaire et se porter dans le pli de l'aine audessous du ligament de fallope. Plus tard une hernie se forme, les viscères suivent le trajet anormal du testicule; la tumeur présente les symptômes de la hernie crurale; elle vient à s'étrangler, et pendant l'opération, on reconnaît la nature de la

maladie. M. Godin a recueilli le fait que nous venons de décrire succinctement, dans le service de M. Bérard jeune, à l'hôpital Necker.

Ce n'est qu'en examinant le canal inguinal avec le plus grand soin, qu'on pourra éviter les causes d'erreur que nous venons de signaler. Mais on conçoit que l'erreur était difficile à éviter, avant qu'on eût appelé l'attention des chirurgiens sur la possibilité de ces déviations extraordinaires.

C. L'existence d'une mérocèle et d'une hernie inguinale irréductibles, du même côté, est encore une cause de difficulté ; il serait facile de confondre ce genre de tumeur avec une hernie crurale bilobée, irréductible. Nous avons observé à l'hospice de la Vieillesse (femmes), sur la nommée Gau, une hernie fémorale bilobée ; mais comme elle était réductible, il nous a été facile de constater que les deux tumeurs rentraient par la même ouverture.

E. Ajoutons à ces faits les cas dans lesquels une tumeur herniaire, volumineuse et irréductible, occupe toute la partie de l'aîne comprise entre l'épine antéro-supérieure de l'os des iles et l'orifice externe du canal inguinal ; on n'a sur le développement de cette hernie que des renseignements inexacts ou incomplets. Il est important, si elle vient à s'engouer, de reconnaître la nature de la maladie, car le procédé opératoire employé pour opérer la réduction, doit varier suivant qu'on a affaire à une hernie crurale ou à une hernie inguinale ; il est impossible d'examiner si le canal inguinal est libre, car la tumeur le recouvre par son bord supérieur. On voit qu'on peut confondre une tumeur de ce genre avec la hernie observée par M. Bérard ; aussi, dans le cas que nous allons rapporter, un médecin fort habile a-t-il cru reconnaître une hernie inguinale, tandis qu'il y avait réellement hernie fémorale.

Si l'on se rappelle cependant, que dans la grande majorité des cas, à une exception près, peut-être, la hernie inguinale se porte dans la grande-lèvre chez la femme, et dans le

crotum chez l'homme, on sera étonné que l'on n'ait pas cru de préférence à l'existence d'une hernie fémorale. Voici le fait.

Observ. I. — Le 1er décembre 1836, est entrée à l'infirmerie dans les salles de médecine, la nommée Méon, âgée de 79 ans. Elle se plaignait alors d'éprouver des coliques.

Le 7 au soir, le ventre était douloureux, et des envies de vomir vinrent compliquer les symptômes précédents.

Le 8 au matin, en examinant l'aîne droite, on reconnaît l'existence d'une tumeur qu'on prend pour une hernie inguinale. La malade affirme que sa descente rentrait les jours précédents. On fait de vaines tentatives de réduction.

Le soir, vers une heure, les garde-robes ne sont pas rétablies, des vomissements répétés sont survenus ; le pouls est filiforme, les extrémités froides.

L'élève de garde fait appeler le chirurgien, qui pratique l'opération après avoir fait quelques tentatives pour réduire la hernie. Cette femme était alors dans l'état suivant. La tumeur est peu douloureuse, molle, occupe tout l'espace compris entre l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles et la grande lèvre. Elle s'élève un peu au dessus du ligament de Fallope, et descend jusqu'auprès de l'ouverture de la saphène. Le ventre est douloureux à la pression; on fait une incision de trois pouces, parallèle à l'arcade crurale, l'artère tégumenteuse est ouverte et liée ; après l'incision successive des enveloppes, on découvre une épiplocèle divisée en deux lobes par une bride ligamenteuse. Ce n'est qu'après un examen minutieux, qu'on trouve au-dessous de l'épiploon qui est sain, une anse intestinale tendue, rénittente, rouge, qui sort par la même ouverture que l'épiploon, c'est-à dire, par l'anneau crural.

On n'a pu opérer la réduction de l'anse intestinale, qu'après avoir débridé. Le débridement a été fait directement en haut. Quant à l'épiploon, des adhérences l'unissent au collet du sac, et s'opposent à ce qu'on puisse le faire rentrer dans le ventre. (Comme j'étais absent lors de l'opération, les renseignements qui précèdent m'ont été donnés par l'interne de garde.)

Quelques heures après l'opération, cette femme nous apprend qu'elle porte sa hernie depuis l'âge de 30 ans; elle raconte qu'ayant été renversée par une vache à cette époque, elle fut étonnée en se relevant, de trouver une tumeur dans l'aîne, mais qu'elle parvint à la faire rentrer avec assez de facilité.

Le soir la faiblesse a un peu diminué, les extrémités se sont

réchauffées; le pouls est plus large, mais faible et fréquent; la voix est voilée, la respiration lente, le ventre un peu tendu et sonore, peu douloureux.

Le 9, cette femme est assoupie, la langue est jaune-brunâtre, un peu sèche, elle n'a eu depuis hier, ni nausées ni vomissemens, elle a rendu deux garderobes à la suite d'un lavement purgatif. Le ventre est douloureux à la pression, le pouls offre toujours les mêmes caractères (100). La soif est assez vive.

Le 10, l'assoupissement a augmenté; on a la plus grande peine à obtenir une réponse; les paupières sont rapprochées et agglutinées par un mucus visqueux. La respiration est fréquente (36 à la minute) et bruyante; le pouls est dépressible et assez large, mais très-faible (100); la peau est moite et chaude, la langue jaune-brunâtre à la base, rouge aux bords, est sèche dans toute son étendue. Le ventre est douloureux, sonore, un peu tendu. Un lavement purgatif et une potion purgative donnés dans la soirée, n'ont déterminé aucune évacuation alvine.

Cette malade est morte le dix, à 10 heures du soir.

Autopsie le 12 à 8 heures du matin. Poumons sains, adhérences celluleuses anciennes dans les deux plèvres.

Le tube digestif dans sa portion abdominale est rouge, injecté; l'injection paraît avoir son siège dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Des pseudo-membranes molles et minces recouvrent la surface de l'intestin grêle, une petite quantité de liquide séro-purulent est accumulée dans le petit bassin.

Le canal inguinal du côté droit est libre; l'épiploon est engagé dans l'anneau crural; des adhérences solides, anciennes, l'unissent au collet du sac, le mésocolon transverse, entraîné par l'épiploon, est à un pouce de l'anneau, une bride cellulo-ligamenteuse unit l'épiplocèle au cœcum.

L'adhérence de l'épiploon au collet du sac n'est pas complète; il existe, au dessous du repli péritonéal, une ouverture dans laquelle on introduit avec peine le doigt indicateur. C'est par cette ouverture que l'intestin était sorti : elle présente en haut la trace du débridement. A deux pieds du cœcum, on remarque une anse intestinale de près de deux pouces de long, limitée par deux rétrécissements. Elle est plus rouge que le reste de l'intestin.

Les valvules conniventes se prolongent jusqu'à la valvule iléo-cœcale.

Le pédicule de la tumeur s'est fait jour à huit lignes au-dessus de l'ouverture de la veine saphène. L'épiploon longe le ligament de Fallope, qu'il recouvre un peu, et s'étend depuis l'ouverture

externe du canal inguinal, jusqu'à l'épine antéro-supérieure de l'os des iles.

§ II. *Difficulté du diagnostic lorsqu'il s'agit de distinguer une épiplocèle irréductible compliquée d'entérocèle étranglée, d'une péritonite accompagnée d'une hernie épiploïque irréductible.*

Lorsqu'un malade porte depuis long-temps une épiplocèle irréductible, il peut se faire qu'une anse intestinale se précipite dans le sac, s'étrangle, et se trouve pour ainsi dire perdue au milieu de la masse épiploique qui conserve sa mollesse. La tumeur est indolente ou peu douloureuse, parce que la pression ne porte pas directement sur la partie étranglée; la tension ne peut pas être appréciée, parce que les doigts ne parviennent pas jusqu'à l'entérocèle, les symptômes locaux de l'étranglement n'existent pas. L'observation précédente nous en offre un exemple. La présence de l'anse intestinale étranglée n'a point été reconnue, les symptômes généraux annonçaient seuls l'étranglement. On opère, et en effet on trouve une anse intestinale, rouge et tendue, qui était cachée par l'épiploon. Comment distinguer ce cas, du fait suivant, dont nous allons donner toute à l'heure l'observation. Il existe au niveau de l'ombilic, une hernie épiploïque; mais on ignore si elle est irréductible, ou non. Plus tard, une anse intestinale s'engage dans l'anneau herniaire et s'étrangle; on fait des tentatives de taxis pendant lesquelles on croit avoir senti rentrer une partie de la tumeur, mais on n'en est pas sûr.

La tumeur est molle, pâteuse, presqu'indolente, excepté cependant lorsqu'on dirige la pression sur son pédicule. Les accidents généraux qui annoncent l'étranglement ne cessent point, ils prennent même un caractère de gravité effrayant.

Les vomissements ont cessé, mais le hoquet et les nausées persistent, les yeux sont injectés, la langue, le nez, et les extrémités des membres sont froids, les ongles cyanosés,

le pouls radial est insensible ; on est obligé de monter jusqu'à l'artère humérale pour sentir les pulsations artérielles qui sont petites, peu sensibles et fréquentes. Le chirurgien hésite, mais les accidents s'agravent ; il se décide à opérer ; il trouve l'intestin réduit, l'épiploon n'offre aucun signe d'étranglement, une péritonite a été la cause des symptômes que nous avons énumérés (1).

Chez une autre femme, nommée Regnaut, qui est morte de pneumonie le 15 décembre 1836, à l'âge de 66 ans, nous avons trouvé à gauche, une hernie crurale épiploïque qui n'offrait rien de particulier. Il existait à droite une hernie crurale également épiploïque qui adhérait à tout le pourtour du collet, et à toute la surface interne du sac. Au centre de la masse épiploïque existait une ouverture qui permettait de faire pénétrer le doigt indicateur à la profondeur d'un pouce et demi. Si une anse intestinale eût pénétré dans ce sac et se fût étranglée, la tumeur aurait pu ne présenter aucun des symptômes locaux de l'étranglement, parce qu'elle aurait été soustraite à l'examen direct, par l'enveloppe que lui fournissait l'épiploon. Revenons au fait dont nous parlions tout à l'heure.

Observ. IIe. — Le 26 février 1836, est entrée au nº 21 de la salle Saint-Vincent (Salpétrière), la nommée Paulmier, âgée de 75 ans, célibataire, sans état. Cette femme est tellement faible, qu'elle ne peut nous donner aucun renseignement.

Les filles de service nous rapportent qu'il y a long-temps que Paulmier est affectée de hernie ombilicale, mais elles ignorent si elle était ou non réductible.

Dans la soirée du 5 février, cette femme fut prise de coliques et de vomissements qui persistèrent pendant toute la nuit. Ce n'est que le 26, à huit heures du matin, que l'élève de garde fut appelé. Il fit quelques efforts pour réduire la tumeur, mais il ne put en venir à bout, et la malade fut aussitôt transportée à l'infirmerie : c'est à cette époque que nous la vîmes pour la première fois. Elle présentait les symptômes que nous allons indiquer. Elle vient de vomir des matières jaunes-brunâtres, ayant l'odeur de matières fécales.

(1) Voir la gazette médicale de 1834, pages 346 et 794.

La respiration est fréquente, l'état d'anxiété est très-grand, le pouls est à peine sensible, très-fréquent ; les mains sont froides. Cette femme n'est point allée à la garderobe depuis la veille. La tumeur herniaire est douloureuse, surtout lorsque l'on comprime les parties qui avoisinent l'anneau. Le ventre est mou, un peu douloureux à la pression.

En pratiquant de nouveau le taxis, l'interne qui faisait cette opération a cru sentir qu'une petite portion de la tumeur était rentrée en donnant lieu à une sensation obscure de gargouillement. Les tentatives faites pour achever de faire rentrer la hernie sont inutiles.

On applique 30 sangsues au-dessous de la tumeur. A dix heures du matin, le chirurgien de l'hôpital arrive près de la malade. Les vomissements ne se sont pas renouvelés, mais l'anxiété, les douleurs de ventre, les hoquets et les nausées persistent. La tumeur est à peine douloureuse, excepté près de l'anneau; elle est molle et non rénittente. L'on ne sent plus le pouls radial ; le nez, la langue, les pieds et les mains sont froids, les ongles et les doigts cyanosés, comme dans le choléra-morbus asiatique. Les battements des carotides et de l'humerale sont petits et fréquents. Le chirurgien fait remarquer l'absence de tension de la tumeur, le peu de douleur occasionnée par la pression, mais il constate en même temps un affaiblissement de la sensibilité générale. Tous les symptômes s'agravent de plus en plus, il a vu des cas aussi désespérés être guéris par l'opération, malgré l'incertitude du diagnostic. Comme la malade est agonisante, et que dans le cas où l'étranglement existerait encore, l'opération est la seule chance de salut qui lui reste, il se décide à la pratiquer. On fait une incision cruciale sur la tumeur, et après avoir divisé successivement toutes les enveloppes de la hernie, on trouve seulement l'épiploon qui n'offre aucun signe d'étranglement. Il adhère dans les trois quarts de sa circonférence au collet du sac. A droite du pédicule de la hernie, entre lui et le collet, on remarque une ouverture dans laquelle on peut faire pénétrer l'extrémité du petit doigt. Après avoir reséqué une partie de l'épiploon, on panse simplement.

L'opération achevée, on cherche à réchauffer la malade à l'aide de sinapismes appliqués sur les mollets; on fait des frictions excitantes sur la plante des pieds et la paume des mains. A force de soins, on parvient à rappeler la chaleur dans les parties refroidies, mais ce commencement de réaction ne dure que quelques instants, et la malade meurt une heure après l'opération, à midi, le jour de l'entrée.

Autopsie faite à midi le 27 : le crâne n'a pas été ouvert. Les poumons sont fortement engoués en arrière ; le cœur droit est gorgé de sang noir et coagulé. Le péritoine pariétal offre une rougeur arborisée, assez vive au pourtour de l'ombilic.

Le petit bassin renferme cinq ou six onces de liquide séro-purulent, rougeâtre. A un pied et demi au-dessus du cœcum, immédiatement au-dessous et à droite de l'ouverture ombilicale, on trouve une anse de l'iléum, d'un rouge livide, d'un pouce et demi de long, qu'il est facile de distinguer des parties voisines, par sa couleur rouge foncée. Deux rétrécissements le séparent du reste de l'intestin, qui est notablement dilaté au-dessus, tandis qu'au-dessous, l'iléum et le colon paraissent sains.

Le jéjunum et la première portion de l'iléum ne sont pas seulement dilatés ; ils sont rouges, couverts de pseudo-membranes minces, jaune-rougeâtres ; le tissu cellulaire sous-péritonéal est fortement injecté.

On remarque sur la face interne de l'anse intestinale herniée, des plis muqueux plus nombreux que dans les parties de l'intestin placées au-dessus.

La surface interne de l'intestin grêle et du duodénum, est rouge lie de vin. La membrane muqueuse n'est pas ramollie.

La plus grande partie de l'épiploon est engagée dans l'anneau herniaire, auquel il adhère fortement.

La hernie s'est fait jour par un éraillement de la ligne blanche, qui a son siége à gauche et immédiatement au-dessous de l'anneau ombilical.

§ III. *La tumeur qui est le siège de l'étranglement est presque indolente, et il existe dans l'autre aîne une tumeur douloureuse.*

Nous avons vu dans la première observation que la tumeur était peu douloureuse : cette indolence est encore plus complète dans l'observation qui va suivre, et cependant à l'autopsie nous trouvâmes une anse intestinale étranglée d'un rouge livide, unie au collet du sac par des pseudo-membranes récentes ; la tumeur paraît également peu tendue parce que l'anse intestinale est cachée par l'épiploon qui est placé audevant d'elle. Cette observation nous fournit un nouvel exemple de hernie étranglée sans symptômes locaux d'étranglement.

Une autre cause d'erreur s'est jointe à celle que nous venons d'indiquer. On découvre dans l'aine droite une petite tumeur douloureuse qui fait croire à l'existence dans cet endroit d'une hernie intestinale étranglée. On opère, et l'on trouve un kyste enflammé, qui renferme 5 à 6 gros de sérosité et qui communique par une ouverture très-étroite avec la cavité péritonéale dont la membrane interne offre aussi des traces d'inflammation.

Après cette opération une partie des accidents annonçant un étranglement persistent, mais l'absence de tension et de douleur dans la tumeur du côté gauche, la garde-robe qui a été rendue, la petite portion de tumeur qui est rentrée dans le ventre pendant les efforts du taxis font craindre que les accidents généraux soient le résultat d'une péritonite, comme l'observation IIe nous en offre un exemple. Ces craintes empêchent le chirurgien d'opérer.

Observ. IIIe. — La nommée Lecuir, âgée de 83 ans, fut admise à l'hospice de la Vieillesse (femmes), le 17 février 1836, à cause de ses infirmités.

Il y a environ 15 ans qu'elle porte une hernie du côté gauche; elle attribue cette maladie à un violent effort qu'elle fit à cette époque pour soulever une commode. Ce n'est que depuis deux ans, que la hernie de cette femme est devenue irréductible.

En 1813, Lecuir fit une chute en descendant un escalier; il lui fut impossible après cet accident de se relever et de marcher. On la transporta dans son lit où elle est restée pendant deux mois, et après sa guérison elle fut obligée de marcher avec des béquilles pendant trois ans. Cette femme ne boîtait pas avant son accident; elle n'est sujette ni aux rhumatismes ni à la goutte, elle n'offre aucune trace d'affection scrofuleuse.

Depuis quelque temps, elle éprouve des étourdissemens, de la céphalalgie, elle tousse un peu, les crachats qu'elle rejette sont mnqueux et jaunâtres.

Cette femme dit qu'elle est sujette aux palpitations de cœur; cependant les battements de cet organe quoiqu'un peu forts sont réguliers, et l'on n'entend aucun bruit anormal dans la région précordiale.

Vers le 19 février 1836, elle fit un effort pour soulever un ma-

telas et immédiatement après, elle sentit dans l'aine gauche, une douleur assez vive. Depuis cette époque elle a toujours eu des coliques, des borborygmes et une constipation opiniâtre.

Le 20, ella entra dans les salles de chirurgie, dans l'état que nous allons décrire :

La tumeur offre le volume d'un gros œuf de poule, elle est peu sensible à la pression ; en exerçant des pressions ménagées pour faire rentrer une portion de la hernie, on détermine un léger gargouillement qui est suivi d'une diminution sensible dans le volume de la tumeur. Le ventre n'est pas douloureux, mais il est météorisé, sonore et un peu tendu ; la malade se plaint d'éprouver des coliques, des borborygmes, elle n'est pas allée à la garde robe depuis plusieurs jours ; le pouls est assez large et plein, mais un peu fréquent. (Diète, cataplasmes sur le ventre et la tumeur.)

Le 21 la tumeur est tout-à-fait indolente, la malade n'a pas eu de gardes robes, mais les vomissements ont cessé. (Lavement purgatif, même prescription du reste). Le 22 et le 23 elle est à peu près dans le même état, on lui donne un nouveau lavement. Le 24 elle a rendu, après son remède, une petite quantité de matières fécales.

Le 25, aux symptômes précédemment notés se sont joints des nausées, des vomissements de matières jaunes-brunâtres, qui n'ont point l'odeur de matières fécales, des éructations, des hoquets peu fréquents ; le ballonnement du ventre a augmenté, le pouls est assez large et fort ; un peu tendu et fréquent (112). La tumeur du côté gauche est indolente et n'a pas augmenté de volume. L'absence de douleur et de tension dans la tumeur fait craindre que l'étranglement n'ait son siège dans un autre endroit.

En examinant l'aine du côté opposé, le chirurgien du service découvre une petite tumeur douloureuse placée immédiatement au-dessous de l'anneau crural ; après en avoir bien constaté l'existence, il se décide à opérer. Il incise successivement les diverses enveloppes de la tumeur, et après l'ouverture d'un kyste qui renferme 5 à 6 gros de sérosité rougeâtre, il reconnait que la tumeur qu'il avait prise pour une hernie étranglée, communique avec la cavité du péritoine par une ouverture qui permet l'introduction d'une sonde cannelée, mais qu'elle ne renferme aucune portion d'épiploon ou d'intestin grèle. Après l'opération on panse simplement.

Le soir, le ventre est un peu plus douloureux, les hoquets et les

nausées persistent, mais les vomissements ont cessé. (Cataplasmes et onctions d'huile de camomille sur le ventre.) Le lendemain, la malade est à peu près dans le même état.

Le 27, un vomissement peu abondant a eu lieu pendant la nuit ; le ventre est toujours tendu et sonore. Une nouvelle garderobe peu abondante a été évacuée ; le pouls est assez fort, médiocrement large (Tisanne pectorale ; lav. avec huile de ricin 2 onces).

Le 28, pas de garderobe. Elle a rendu le lavement.

Le 29, l'état de la malade n'ayant pas changé, et les évacuations alvines ne s'étant pas rétablies, on prescrit une once d'huile de ricin à l'intérieur.

Le 1er mars, cette femme n'a pas dormi, elle fait entendre des plaintes continuelles. Le ventre est balloné, tendu, sonore, peu douloureux. La tumeur est indolente et peu tendue. Des vomissements de matières ayant l'odeur de matières fécales ont précédé la mort, qui a eu lieu à deux heures, le 1er mars.

Autopsie cadavérique, le 3, à huit heures du matin. Le crâne n'a pas été ouvert.

Les poumons sont fortement engoués en arrière. Dans les parties les plus déclives, leur tissu est ramolli, friable, mais il n'existe dans la plèvre ni sérosité ni pseudo-membranes.

Le cœur est plus volumineux que dans l'état ordinaire, cette augmentation de volume est due à une hypertrophie simple du ventricule gauche.

La cavité du péritoine contient trois à quatre onces de liquide séro-sanguinolent brunâtre, qui s'est accumulé dans le petit bassin. Toute la partie supérieure de l'intestin grêle, jusqu'à deux pieds de la valvule iléo-cœcale, est distendue par des gaz. On remarque, sur la face externe, des zones longitudinales d'un rouge vif, qui occupent la grande circonférence du tube digestif. Le reste du péritoine offre une couleur rouge, uniforme, beaucoup moins vive.

A l'endroit où cesse la tympanite intestinale, l'iléum s'engage avec l'épiploon dans l'anneau crural, du côté gauche. Il existe sur le bout inférieur, et au pourtour de l'anneau lui-même, de petites ecchymoses. En tirant sur l'intestin, on reconnaît que des adhérences récentes unissent l'anse herniaire au sac et à l'épiploon. Deux rétrécissements au niveau desquels l'intestin est plus pâle, distinguent l'anse intestinale herniée du reste de l'iléum. Cette partie du tube digestif est d'un rouge livide ; l'air insufflé passe, mais avec difficulté, du bout supérieur dans l'inférieur.

L'épiploon est transformé en une masse brunâtre, charnue, qui adhère aux trois quarts antérieurs et externes du sac. Il existe au-dessous, et en dedans de lui, une ouverture étroite dans laquelle s'était engagé l'intestin grêle. Au-dessous de l'étranglement, l'iléum est rétréci; le colon n'offre aucune altération.

La tumeur s'est fait jour, non par l'ouverture de la veine saphène, mais bien dans l'espace placé entre la veine saphène et le ligament de Fallope.

En examinant l'anneau crural du côté droit, par sa face postérieure, on voit une cicatrice froncée, au centre de laquelle on remarque une petite ouverture dans laquelle on peut faire pénétrer une sonde cannelée. Cette ouverture communique, par un canal très-court, avec le kyste ouvert pendant l'opération. La longueur de ce dernier est de 7 à 8 lignes, son diamètre de trois lignes. Nous pensons que ce kyste n'est autre chose qu'un ancien sac herniaire revenu sur lui-même.

On trouve à droite, une fracture intra-capsulaire avec enclavement du fragment inférieur dans le fragment supérieur, consolidée par un cal osseux (1).

Il conviendrait sans doute, avant de terminer, d'exposer les signes qui permettent de reconnaitre les causes d'erreur que nous avons signalées ; mais nous laissons aux chirurgiens plus instruits et plus expérimentés le soin de remplir cette lacune. Quant à nous, nous aurons atteint notre but si nous parvenons à fixer l'attention des medecins sur les difficultés du diagnostic dans les cas analogues à ceux que nous avons observés.

Nous ferons cependant remarquer, 1° que l'absence de symptômes locaux d'étranglement ne prouve pas que l'intestin n'est pas étranglé.

2° Que dans une hernie épiploique et intestinale l'intestin peut s'étrangler, sans que l'épiploon n'offre aucun signe d'étranglement, quoique les vaisseaux des deux viscères soient soumis au même degré de compression.

3° Que lorsque des accidents généraux d'étranglement se manifestent chez un individu dont la tumeur herniaire est molle

(1) Cette fracture a été présentée à la Société anatomique, et la description de la pièce pathologique publiée dans ses bulletins.

peu douloureuse, et cependant irréductible, on doit rechercher s'il n'existe pas dans quelqu'un des points de la tumeur une partie tendue, rénittente, plus douloureuse. Cet examen doit être fait avec le plus grand soin et avant de commencer les tentatives de réduction. Malgré toutes ces précautions nous voyons qu'il est des cas dans lesquels l'erreur est presqu'inévitable.

Des signes immédiats de la contusion du cerveau, suivis de quelques réflexions sur le traitement des plaies de tête; par A. Boinet, *chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu de Paris; membre de la Société anatomique, de la Société médicale d'observation, etc.; mémoire mentionné honorablement par la Faculté de médecine de Paris, pour le prix Monthyon.*

L'étude des lésions cérébrales à la suite des coups, des chutes sur la tête, est une partie si importante de la chirurgie, et ces accidents eux-mêmes sont si fréquents et si graves, que dans tous les temps les chirurgiens les plus recommandables s'en sont occupés d'une manière toute spéciale. Des travaux sans nombre, des mémoires remarquables ont été faits sur ce sujet; des prix ont été proposés par l'ancienne Académie de chirurgie, et malgré tous les efforts d'hommes justement célèbres, ce point de pathologie chirurgicale laisse encore beaucoup à désirer. Le but qu'on s'était principalement proposé dans tous ces débats, était de savoir les cas qui réclament l'application du trépan; mais quelles sont les circonstances où le trépan est applicable, et comment les déterminer bien positivement? C'est là que se trouve toute la difficulté. Le diagnostic des accidens qui compliquent les plaies de tête, je veux dire de la commotion, de la compression et de la contusion, est resté si obscur, si embrouillé, que presque tous ls chirurgiens ont confondu ces lésions entre elles.

Je n'ai point la prétention d'avoir décidé cette question en dernier ressort ; seulement un assez grand nombre d'observations que j'ai recueillies avec soin sur ce sujet, apporteront, je l'espère, quelque éclaircissement au diagnostic si difficile des lésions cérébrales.

La commotion, la compression et la contusion se touchent par tant de points, que la distinction positive de ces affections offre quelquefois beaucoup de difficultés. Tout ce qu'il y a de mieux sur ce sujet a été dit par M. le professeur Sanson (1). Tous les autres auteurs ne distinguent pas ces lésions entre elles ; il suffit pour s'en convaincre de lire les ouvrages même les plus récens. Les uns, et c'est le plus grand nombre, ne parlent que de la commotion et de la compression ; pour eux la contusion appartiendrait à la commotion, dont elle serait le dernier degré, *le maximum*. Ces deux lésions s'accompagnent si souvent, il est vrai, qu'on a bien pu les confondre, mais il n'est pas toujours impossible de les différencier, et la plupart du temps il existe assez de symptômes pour nous faire connaître et nous permettre de suivre les différences et les rapports qui caractérisent ces lésions. D'autres admettent bien des distinctions entre la commotion, la compression et la contusion, mais ils tombent dans une erreur aussi grave que la première ; ils confondent la contusion avec l'inflammation du cerveau, et se trompent relativement à l'époque où apparaissent les symptômes de la contusion, qui ne devient évidente pour eux que lorsque la substance cérébrale s'enflamme, c'est-à-dire, vers le quatrième ou cinquième jour. Les symptômes de la cérébrite ou de la méningite sont pris évidemment pour ceux de la contusion, dont les signes réels, *pathognomoniques*, ont lieu *immédiatement* après la chute. Ce sont ces signes immédiats qui ont toujours été confondus, et le sont encore aujourd'hui avec ceux attribués, soit à la commotion, soit à la compres-

(1) *Dict. en* 15 *vol.*, tome VIII, p. 450.

sion, et sur lesquels je voudrais attirer l'attention. M. le professeur Sanson, à qui nous devons la rectification de cette erreur, a lui-même partagé cette opinion pendant longtemps, et l'a émise dans tous ses ouvrages. Pourtant cet habile observateur avait déjà fait remarquer, en parlant de la commotion, que dans quelques cas il se présente des phénomènes que personne n'a signalés, et dont il ne peut se rendre compte. Voici d'ailleurs comment il s'exprime dans l'ouvrage précédemment cité :

« Dans le second cas, c'est-à-dire, quand le malade est *agité*, aussitôt après le coup il perd connaissance, il est pâle et froid, son pouls est serré et fréquent. Mis dans son lit, il change à chaque instant de position, et pousse des plaintes et gémissements continuels ; ses paupières sont rapprochées ; il ne répond point aux questions qu'on lui adresse. Peu-à-peu cependant il se réchauffe, et son pouls acquiert beaucoup de fréquence, de raideur et de vitesse. Si on le pince, il le sent et se plaint vivement, mais ne s'éveille point. Cet état dure plus ou moins longtemps, sans rémission ni la nuit ni le jour ; *cette seconde variété de la commotion cérébrale est fort rare* : je ne l'ai observée que deux fois, mais toujours avec les mêmes caractères. Je ne l'ai vue décrite nulle part. »

« Lorsqu'il existe en même temps, ajoute-t-il plus loin, une compression et une contusion, à l'hémiplégie existant d'abord par le seul fait de la compression, se joignent *vers le cinquième jour*, l'élévation du pouls et la coloration de la face qui indiquent que le *cerveau a été contus et qu'il s'enflamme*. Il y a cependant des cas où les choses se passent autrement ; deux fois j'ai vu l'hémiplégie être précédée et accompagnée de mouvements épileptiformes de tout le côté du corps opposé à la blessure du cerveau : ces mouvements, d'abord éloignés, se rapprochent de plus en plus, et finissent par être presque continuels. Il y avait perte de connaissance ; la respiration n'était pas stertoreuse.

Dans les deux cas on trouve un énorme épanchement de sang, de plusieurs lignes d'épaisseur, et couvrant tout un hémisphère cérébral, et une *contusion par contre-coup* de la substance du cerveau. Faut-il absolument, se demande cet habile chirurgien à l'occasion de ces deux exemples, pour que les accidents épileptiformes aient lieu, et que la respiration perde le caractère stertoreux, qui est la suite ordinaire de la compression, que la contusion soit par contre-coup et que l'épanchement soit très-considérable? Je ne saurais l'affirmer, parce que je ne saurais en dire ni en comprendre la raison; mais ce que je puis dire, c'est qu'ayant une première fois observé cette réunion de symptômes singuliers, il m'a été impossible de ne pas les reconnaître et de ne pas m'attendre à retrouver les mêmes lésions, et l'événement a justifié mes prévisions. »

Depuis cette époque, de nouveaux et nombreux exemples de contusion du cerveau ont été soumis à l'examen de M. Sanson; dans ses excellentes leçons de clinique à l'Hôtel-Dieu, ce professeur n'a jamais omis depuis plusieurs années de nous rappeler les faits que je viens de rapporter, et de nous signaler, à l'occasion de ceux qui se sont présentés dans son service, la coïncidence qu'il y a entre la contusion du cerveau et l'agitation subite et continuelle des malades, la contracture des membres, les mouvemens épileptiformes, la lenteur de la respiration qui n'est pas stertoreuse, etc., etc. Si d'ailleurs l'on voulait se donner la peine d'analyser les observations de plaies de tête consignées dans les auteurs ou dans les journaux, on verrait que dans le plus grand nombre sont mentionnés les phénomènes que j'indique, mais attribués à la commotion ou à la compression.

Les observations suivantes, que j'aurais pu multiplier, peuvent servir à faire connaître les différentes formes de la contusion du cerveau; elles prouvent évidemment que les signes de contusion de cet organe ont lieu immédiatement après sa lésion. D'un autre côté, leur ensemble nous fournira

l'occasion de tirer quelques conséquences capables d'éclairer quelques points de la physiologie et de la pathologie du cerveau ; elles serviront enfin à faire voir, que quelque nombreux que soient les faits rassemblés sur un même sujet, il faut se garder de croire qu'ils suffisent, et que le vaste champ de l'observation soit désormais inutile à cultiver. Nous terminerons ce mémoire par quelques considérations sur le traitement qu'emploie M. le professeur Sanson, dans les plaies de tête.

Obs. Ire *Chute d'un cinquième étage à travers le limaçon d'un escalier. Fracture du crâne avec enfoncement. Signes très-marqués de commotion et de contusion; légère compression. Mort.* — Une jeune fille de 14 ans, nommée Éloise Foucher, polisseuse en bijoux, d'une forte constitution, fut apportée à l'Hôtel-Dieu, le 23 décembre, à quatre heures et demie du soir, elle venait de faire une chute d'une cinquième étage dans le limaçon d'un escalier, et était tombée d'étage en étage sur la rampe. Elle fut saignée sur-le-champ par un médecin qui habite sa maison : soumise à notre examen deux heures et demie après sa chute, elle présentait les phénomènes suivants :

Couchée sur le côté gauche, ramassée sur elle-même, c'est-à-dire ayant tous ses membres dans la flexion, Eloïse Foucher est sans connaissance ; sa respiration n'est pas stertoreuse. Si on lui adresse des questions ou fortement on doucement, elle n'y répond pas et n'annonce par aucun signe qu'elle les comprend. Si on la touche, soit pour l'examiner, soit pour la changer de position, ou pour étendre ses membres qui sont dans la flexion la plus prononcée qu'il soit possible, elle fait entendre une espèce de grognement sourd, inintelligible, mais plaintif, qui et semble indiquer son mécontement. Si on l'excite davantage, elle pousse parfois des cris et des gémissements, puis elle s'agite, se retourne dans son lit, et finit toujours par reprendre sa première position sur le côté gauche, retombe dans un coma profond dont on peut la tirer en la tourmentant encore, ou la pinçant pour savoir si la sensibilité est conservée. Il suffit d'ailleurs de la pincer très-légèrement pour déterminer ses cris, ou ses plaintes qui ont également lieu lorsqu'on exerce une légère pression dans la région pariétale gauche, où il existe une bosse sanguine considérable. Au niveau des apophyses épineuses des troisième et quatrième vertères dor-

sales, on remarque aussi que le toucher, même le plus superficiel, y produit une vive douleur, annoncée par les cris de la malade.

Du côté gauche, les membres supérieur et inférieur sont le siége d'une contracture très-prononcée. On ne parvient à mettre ces membres dans l'extension qu'en employant une grande force, tant est grande la résistance de la part de la malade; aussitôt qu'on abandonne ces membres à eux-mêmes, ils se fléchissent sur-le-champ et brusquement, et la malade reprend sa position sur le côté gauche, ayant les bras croisés sur la poitrine, les jambes fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le bassin. On ne peut se livrer à tout cet examen sans exciter les cris et les gémissements de la malade.

Du côté droit, le membre inférieur est aussi atteint de contracture, et offre les mêmes phénomènes que le membre inférieur gauche. Mais il n'en est pas de même pour le membre supérieur droit, qui est au contraire dans un état de résolution complète. Si on soulève ce membre, il retombe comme une masse inerte, lourde; pourtant lorsque la malade se remue et s'agite dans tous les sens, elle ramène ce bras sur sa poitrine et le croise avec celui du côté opposé; la sensibilité y est conservée, et lorsqu'il retombe après avoir été soulevé, la malade ne se plaint pas.

Les mâchoires sont contractées, serrées les unes contre les autres, et difficiles à écarter avec une cuiller en fer. La langue n'est pas blessée. Les pupilles sont inégalement dilatées et légèrement contractiles à la lumière. Celle du côté gauche l'est un peu plus que celle du côté droit, dont le diamètre est de deux lignes : il est d'une ligne seulement à gauche. Les paupières sont abaissées et recouvrent la plus grande partie du globe oculaire. Le droit est un plus saillant que le gauche. Tout le sourcil est contus, ainsi que la partie supérieure qui est ecchymosée.

Dans les régions occipito, temporo-pariétale gauche, existe une tuméfaction considérable du cuir-chevelu. Cette tuméfaction, mal circonscrite, formée par du sang épanché entre le crâne et le cuir-chevelu, est molle, fluctuante à son centre, dure, inégale à ses bords. Cette dernière circonstance est de nature à faire croire à l'existence d'une fracture avec enfoncement, fracture avec enfoncement qui existait en effet et qui fut méconnue pendant la vie, à cause de l'épanchement considérable de sang situé entre le cuir-chevelu et le crâne; cette fracture d'ailleurs n'avait pas lieu au niveau des bords de la tumeur sanguine qui pouvaient en imposer; elle occupait tout-à-fait le centre du pariétal, dans le point où l'épanchement était le plus considérable.

La sensibilité de toutes ces parties était si grande, que le passage du rasoir fait pousser des cris à la malade, la porte à remuer continuellement la tête, comme pour se débarrasser de quelque chose d'incommode. Pendant cette opération, elle porte sans cesse la main gauche vers la tête.

La respiration est libre, facile, non stertoreuse; il y a 24 inspirations à la minute. Le pouls est lent, dépressible, à 70 pulsations. La peau est plutôt froide que fraîche. Aucun écoulement d'urine ni de matière fécale. Il n'est point sorti de sang par le nez, la bouche ou les oreilles. (Petit-lait émétisé, deux pots; huile de ricin en lavement ℥ ij ; glace sur la tête; saignée locale permanente : vingt sangsues seront appliquées, deux à-la-fois, derrière chaque oreille ; sinapismes aux mollets).

A la visite du lendemain, la malade est beaucoup tourmentée par les élèves; elle présente absolument les mêmes symptômes avec augmentation de chaleur à la peau. Le pouls est plus vite et plus serré. 124 pulsations, 32 inspirations. Les urines et les matières fécales ont coulé abondamment et involontairement. (Même prescription que la veille). — Deux heures après la visite, le pouls est tombé à 104 pulsations; il est petit et fuit sous le doigt; toujours 32 inspirations faciles et non bruyantes. De temps en temps, elle laisse échapper de gros soupirs. A trois heures de l'après-midi aucun changement; la respiration est un peu bruyante. Ce bruit paraît résulter du passage de l'air à travers les fosses nasales; les dents sont serrées et la bouche entièrement fermée.

25 décembre, à la visite du matin, il y a un peu de mieux. La malade a repris sa connaissance, comprend ce qu'on lui demande, mais ne répond pas aux questions qui lui sont adressées. Dans le courant de la journée, elle reconnaît son père et différentes personnes qui sont venues la voir; elle est indifférente à tous les soins qu'on lui prodigue. Il y a toujours de l'assoupissement. Les deux pupilles sont également dilatées. De temps en temps, lorsqu'on lui parle, elle ouvre les yeux. Le pouls est plus facile à trouver; il est dur, serré, fréquent, bat 132 pulsations. La respiration, lente, paraît se faire très-naturellement comme dans un profond sommeil. Les lèvres sont rapprochées; la respiration a lieu par le nez. Le bras droit est toujours paralysé. Les autres phénomènes persistent. Point de selles, point d'urine. (Saignée permanente à l'aide de dix sangsues; même prescription). — Le soir à la visite, il y a un peu d'exaltation : cette jeune fille récite des prières d'une voix sourde, entrecoupée, incertaine; quelquefois les lèvres remuent sans faire entendre aucun son; d'autres fois, tout-à-coup, ou au

milieu de sa prière, elle s'écrie : *Mon Dieu, prenez-le, il est à vous, mon cœur*, etc., etc. Toutes ces paroles sont entrecoupées : c'est surtout lorsqu'on la touche qu'elle se livre à ces invocations, et qu'elle pousse des cris et des gémissemens qu'il est difficile de caractériser.

26 décembre, la nuit a été sans sommeil ; agitation continuelle : plusieurs fois la malade s'est levée sur son séant pour descendre du lit ; elle a récité des prières, poussé de temps en temps de gros soupirs, des plaintes, des exclamations ; rien de changé dans sa position. Son intelligence est intacte ; elle comprend, sans pouvoir y répondre, les questions qui lui sont adressées. Pourtant quand on lui demande si elle veut boire, elle dit qu'*oui*, et entremêle tout cela de *mon Dieu*...., de *mon cœur*...., *prenez-le*.... D'autres fois lorsqu'on lui présente à boire, ce qu'elle accepte toujours avec avidité, au lieu de répondre elle remue la tête en signe d'affirmation et remue les lèvres, qu'elle entr'ouvre en leur faisant exécuter des mouvements, comme lorsqu'on veut aspirer un liquide. Si on retire son breuvage, elle dit presque à chaque fois : *encore, encore*, et approche le bras gauche pour soutenir le biberon et empêcher qu'on ne le retire trop promptement. Pendant la nuit, selles copieuses involontaires ; plus de paralysie dans le bras droit ; au contraire, il y a une légère contracture. Celle du bras gauche et des membres inférieurs a considérablement diminué ; la bosse sanguine de la tête est moins volumineuse. Respiration facile, naturelle ; 32 inspirations. Pouls dur, serré, petit, vite ; 152 pulsations ; peau chaude et sèche. (Dix sangsues successivement une à une derrière chaque oreille, alternativement. Même prescription pour le reste. Vésicatoires aux cuisses). Dans le courant de la journée, le pouls devient plus plein, mais il y a toujours la même fréquence et la même dureté.

27 décembre, point de selles, urine involontaire. Toujours un peu de délire remplacé par du coma ; paroles décousues, prières, invocations ; elle boit toujours avec la même avidité. Les vésicatoires ont bien pris. La contracture des membres a encore diminué ; la sensibilité est toujours intacte. Les deux pupilles sont également dilatées ; les pommettes sont légèrement colorées, et la tête légèrement renversée en arrière ; il y a un peu de contraction dans les muscles du cou. Lorsqu'on lui dit de tirer la langue, elle ouvre la bouche, et la langue, qui n'est pas déviée, reste en place. La chaleur de la peau est bonne, la respiration calme, tranquille. 28 inspirations ; le pouls à 132 pulsations, mou, plein, dépressible ; il y a un peu moins d'agitation que la veille. On fait suppurer les vésicatoires. (Même prescription).

28 décembre, même état. La malade reconnait parfaitement un monsieur qui vient la voir, et prononce son nom ; pour cela on est obligé de lui parler à plusieurs reprises pour fixer son attention et la tirer du coma où elle est ; elle regarde d'un air hébêté, et retombe dans l'assoupissement dès qu'on la laisse tranquille. Les pupilles sont plus contractées que la veille (une ligne et demie). Plus de contracture dans les membres. Respiration tranquille, peau chaude, pouls à 136 pulsations. Deux selles abondantes pendant la nuit. (Même prescription). A la visite du soir, il y a plus d'agitation ; le délire est plus prononcé. La malade comprend encore tout ce qu'on lui dit, se plaint davantage, et se jeterait hors du lit sans les précautions qu'on a prises de la maintenir avec des draps pliés en cravate et passés en travers du lit.

29 décembre, même état. (Même prescription). On ajoute quinze grains de calomel.)

30 décembre, tous les symptômes de la veille persistent ; la malade est plus abattue ; l'intelligence plus faible ; elle comprend encore, mais avec difficulté, ce qu'on lui dit. Le pouls est à 132 ; la respiration n'est pas altérée. Elle a eu dans la nuit des selles abondantes. La bosse sanguine de la tête a disparu ; elle passe le reste dans le même état, sans manifestation de mieux, et meurt dans la nuit du 30 décembre, à deux heures du matin, presque neuf jours après sa chute.

Autopsie. Elle est faite trente heures après la mort par un temps extrêmement froid. — Raideur cadavérique très-prononcée ; les membres sont bien développés et exempts de fractures. De nombreuses ecchymoses se remarquent sur le cadavre, mais principalement sur le bras et l'avant-bras gauches.

Le cuir-chevelu ayant été coupé circulairement au niveau du front et renversé en arrière, on note l'existence de deux décollements ; l'un moins considérable, et de la largeur d'une pièce de six livres, est situé à la partie postérieure et inférieure du pariétal droit ; l'autre, plus considérable, occupe toute la région postérieure et latérale de la tête, et s'avance au-delà de la bosse pariétale gauche ; le sang épanché qui donnait lieu à la fluctuation a été absorbé. Au-dessous de ce dernier décollement, dans le point qui correspond au centre du pariétal, il existe une fracture de cet os, avec enfoncement du fragment. Celui-ci est triangulaire, a un pouce d'étendue sur tous ses bords, et est placé au-dessous du niveau du reste de l'os, de façon qu'il est facile de voir les bords de l'ouverture qui existe au pariétal, et de les circonscrire avec les doigts. Le fragment est entièrement séparé du reste de l'os,

au-dessous duquel il est enfoncé. Il n'y a pas de sang épanché, ni au-dessus de ce fragment entre le crâne et le cuir-chevelu, ni au-dessous entre le crâne également et la dure-mère. La voûte du crâne est ensuite sciée circulairement et enlevée avec beaucoup de précaution. Ce qui frappe tout d'abord, c'est la minceur extraordinaire des os crâniens, qui n'ont guère qu'une demi-ligne d'épaisseur, et sont transparents lorsqu'on les met au-devant du jour. Il est alors facile de constater une fêlure des os, qui se dirige dans la fosse postérieure de la base du crâne, et va jusqu'à la pointe du rocher, qui est intact. Au-dessous de ces fractures, la dure-mère non déchirée est décollée. Point de sang épanché entre elle et le cerveau, qui est largement contus dans le point correspondant à la fracture du pariétal.

Cette contusion occupe la partie moyenne du lobe postérieur; offre une largeur d'une pièce de six livres, est inégalement circonscrite, et ne s'étend que jusqu'à la substance blanche, dans sa partie moyenne seulement. Dans le reste de son étendue, il n'y a que la substance grise d'altérée, et cette altération va en diminuant du centre à la circonférence, où il y a tout simplement ecchymose sans déchirure du tissu encéphalique. Le cerveau durci par le froid est si ferme, qu'il est facile de constater ces lésions en coupant cet organe par tranches, qui se soutiennent comme des tranches de fromage de gruyère. La substance cérébrale, au centre du point contus, est entièrement désorganisée, réduite en bouillie, et mélangée avec le sang; elle est comme écrasée. Il n'y a point de sang en caillots, ou réuni en foyer dans aucun point. Autour de cette large contusion, à deux, trois et quatre lignes; on remarque plusieurs petites ecchymoses de la largeur d'une lentille à une pièce de cinq sous. Ces petites ecchymoses, entre lesquelles le tissu cérébral est sain et conserve sa couleur naturelle, sont tout-à-fait superficielles, et les plus profondes ne vont pas au-delà d'une ligne de profondeur. Dans quelques endroits, toujours aux environs de la contusion principale, on trouve un piqueté noir, qui rappelle les points noirs que laissent sur la peau la brûlure de quelques grains de poudre. Ces petits points noirs sont entremêlés avec les ecchymoses dont je viens de parler. On remarque encore çà et là sur tout l'hémisphère gauche, et principalement dans le point où il repose sur la base du crâne, de petites ecchymoses peu profondes, et égales en largeur à celles que j'ai mentionnées plus haut.

L'hémisphère droit et le cervelet paraissent exempts de toute espèce de lésion, ainsi que la moelle épinière : rien dans les ven-

tricules. Tous les autres organes sont sains, même la membrane muqueuse intestinale qui ne présente pas la plus légère trace d'irritation, malgré l'emploi prolongé pendant huit jours de l'émétique en lavage.

Nous trouvons réunis, dans l'observation de cette jeune fille, les symptômes de la commotion, de la contusion et de la compression, tels que perte de connaissance, contracture, paralysie d'un membre : tous ces symptômes étaient si tranchés et si évidens, qu'il était impossible de méconnaître l'existence simultanée de toutes ces lésions. A quels degrés existaient-elles? quelle était la plus grave? C'est ce qu'il était encore facile de voir en y apportant un peu d'attention. Le symptôme le moins prononcé était celui de la compression ; aussi, pensa-t-on, la fracture avec enfoncement ayant été méconnue, qu'il existait au moins une congestion locale dans le point contus de ses environs, si même il n'existait un épanchement superficiel très-peu considérable, comme ceux qu'on rencontre pour l'ordinaire dans la contusion du cerveau, et dans ces cas l'épanchement n'est pas la lésion le plus à craindre; la compression d'ailleurs existe quelquefois sans être annoncée par aucun phénomène, dans des cas où il existe une fracture avec enfoncement ; dans ce cas, les choses ne se sont pas passées ainsi, comme nous le démontre l'autopsie.

Quant aux autres symptômes, ils étaient si prononcés, si évidens, qu'il était impossible de mettre en doute la commotion et la contusion du cerveau. La contracture n'était pas partielle, comme on la rencontre par fois, même souvent. Elle était presque générale : le membre supérieur gauche, les deux membres inférieurs en étaient atteints à un haut degré ; les pupilles étaient contractées ainsi que les paupières, les lèvres, la mâchoire, etc. Sans doute les signes de la contusion de l'encéphale ne sont pas toujours aussi manifestes, peuvent échapper à l'observateur inattentif, persuadé, avec la plupart des chirurgiens, que cette lésion n'a point de symptômes primitifs. Cela doit avoir lieu surtout quand ces premiers

symptômes consistent, soit dans la diminution de la vue ou de l'ouïe d'un côté, soit dans quelques mouvemens convulsifs d'une paupière, d'une commissure labiale, dans la contractilité d'une pupille, soit enfin dans quelques soubresauts dans un membre, etc., etc.; il est bien facile de concevoir que ces symptômes, qui ne sont que de très-courte durée lorsque la contusion est peu étendue, passent et doivent passer pour inaperçus pour ceux qui pensent que les symptômes de la contusion de l'encéphale n'apparaissent que le cinquième ou le sixième jour, ou même après un temps beaucoup plus long encore.

Il est inutile de dire que l'amélioration notable qu'a éprouvée cette malade dans les premiers jours de son entrée, que la prolongation de son existence, ont été le résultat du traitement énergique mis en usage. En effet, tous les symptômes si prononcés d'abord ont diminué d'intensité, la paralysie a disparu, puis la contraction et les signes de l'inflammation du cerveau ou de ses enveloppes, si tranchés d'habitude dans ces cas, ont à peine eu lieu. L'ouverture du crâne est venue démontrer qu'il n'existait aucune trace d'inflammation, et que la lésion se bornait à la contusion du cerveau et à la fracture du crâne, ce qui suffisait pour amener la mort qui a eu lieu.

Obs. IIe. — *Blessure à la tête; perforation du crâne avec un instrument aigu et tranchant. Lésion du cerveau; épanchement considérable dans le ventricule gauche; paralysie du côté droit avec contracture; contracture du côté gauche; agitation très-prononcée des membres de ce côté. Mort.* — Dans la nuit du premier novembre, sur les deux heures du matin, un individu d'une constitution athlétique, fut battu et blessé dans une maison de débauche. On le porta d'abord dans un corps-de-garde où on le saigna. Ensuite, vers les dix heures du matin, il fut apporté à l'Hôtel-Dieu, sans autres renseignements que ceux que je viens de donner, si ce n'est qu'il avait perdu beaucoup de sang. Il était dans l'état suivant :

Il porte plusieurs blessures à la tête, l'une dans la région tem-

porale gauche, d'où le sang sort en jets. On applique deux ligatures sur l'artère temporale profonde qui est blessée; l'autre, dans la fosse zygomato-temporale, immédiatement au-dessus de l'apophyse zygomatique. Sa forme, sa direction et son siége indiquent qu'elle a été faite par un instrument aigu et tranchant; le côté droit est sans mouvement; du côté gauche, les membres supérieur et inférieur sont fortement agités. Point d'écoulement sanguinolent ou d'une autre nature, par le nez, la bouche ou les oreilles. Sa bouche est entr'ouverte et la commissure gauche légèrement tirée en bas; les dents sont écartées de 4 lignes les unes des autres. Si l'on dit au malade de tirer la langue, on voit qu'il comprend, aux efforts qu'il fait pour la sortir, mais elle reste entre les dents. Les pupilles sont fortement contractées, immobiles, et n'ont qu'une ligne de diamètre; elles sont insensibles aux mouvements qu'on exécute au devant de l'œil. La vision paraît abolie du côté gauche; l'œil est un peu plus saillant que du côté droit, et recouvert en partie par les paupières, dont le muscle orbiculaire est contracté, et comprime le globe oculaire. La conjonctive du même côté est légèrement injectée. Les paupières du côté droit sont plus mobiles. Dans le membre inférieur droit, paralysie et absence de sensibilité. Du côté gauche, mouvement spasmodique dans tous les sens de la jambe et du bras, qui se portent dans un état de flexion si prononcée et si forte, qu'on ne peut la vaincre qu'avec de vigoureux efforts. La sensibilité est conservée dans ces membres, et lorsqu'on les touche, on y excite des mouvements désordonnés. L'incision pratiquée sur le cuir chevelu, pour faire la ligature de l'artère lésée, est perçue par le malade, qui se livre à des mouvements plus précipités, et veut y porter la main gauche. Il y a incontinence d'urine; il n'y a pas eu d'évacuation alvine. La respiration est ralante, stertoreuse, 24 inspirations par minute. L'auscultation laisse entendre dans tous les points de la poitrine, un roncus très-prononcé; l'air ne pénètre pas jusques dans les vésicules pulmonaires. La peau est fraîche au toucher, le pouls petit et serré, à cent pulsations. (Saignée continue au moyen de 30 sangsues appliquées successivement derrière les oreilles. Boisson émétisée, deux pots; glace sur la tête, lavement purgatif, sinapismes aux cuisses.)

Deux heures après son arrivée, le malade a perdu entièrement connaissance. Aucun mouvement pour tirer la langue lorsqu'on lui demande; coma profond, résolution complète des membres à droite et à gauche; de ce côté seulement, il existe encore un peu de con-

fracture. Respiration plus stertoreuse, plus difficile, 30 inspirations à la minute; le pouls à l'artère radiale est mou, faible, fuyant et impossible à compter; les mouvements du cœur ne sont plus perceptibles à la main, et à peine sensibles à l'oreille. Le malade reste encore deux heures dans cet état, et meurt quatre heures après son arrivée.

Autopsie 44 heures après la mort, par un temps humide. — Raideur cadavérique très-prononcée dans les articulations. A l'examen du crâne, on trouve, après avoir renversé le cuir chevelu, une perforation avec perte de substance, dans la grande aile du sphénoïde, à huit lignes de son extrémité; les bords de cette fracture, dont l'ouverture est irrégulièrement circulaire, sont inégaux et chagrinés; dans son plus grand diamètre qui est vertical, elle a environ trois lignes d'étendue, son diamètre transversal n'a que deux lignes. Le crâne, scié circulairement et enlevé, laisse voir la dure-mère injectée; entre cette membrane et le cerveau il existe environ deux cuillerées de sérosité sanguinolente. Sur l'hémisphère gauche, dans sa partie moyenne, entre la dure-mère et le cerveau, il existe du sang rouge, liquide, extravasé : la couche qu'il forme est si mince qu'il est impossible de mesurer son épaisseur; son étendue, assez considérable, a deux pouces et demi de hauteur, sur trois de largeur. La pie mère et l'arachnoïde sont fortement injectées. La surface externe des hémisphères cérébraux paraît saine, si ce n'est la pointe du lobe moyen gauche, qui présente une plaie de la largeur d'une pièce de dix sous. Cette plaie dont les bords sont mous, infiltrés de sang, comme déchiquetés, est remplie par un caillot sanguin considérable qui s'étend jusque dans le ventricule latéral gauche qu'il occupe en entier. La dure-mère qui recouvre l'extrémité antérieure du lobe moyen est perforée dans ce point, et cette perforation correspond à la perte de substance du sphénoïde. Le sang qui forme le caillot est noir, et ressemble à de la gelée de groseille. La couche optique et le corps strié de ce ventricule ont un aspect rougeâtre, sont infiltrés de sang et ramollis à une profondeur de deux ou trois lignes. Leur texture est détruite, et la substance cérébrale qui les compose est mélangée avec du sang, facile à enlever avec un filet d'eau, avec le manche du scalpel; elle est comme réduite en bouillie. Au-delà, le tissu encéphalique est sain, ainsi que les autres parties du cerveau, qui, soumises aux mêmes expériences, résistent et ne se laissent enlever ni par le lavage, ni par le scalpel. Leur couleur et leur fermeté sont naturelles. La substance cérébrale qui forme les bords de la plaie, à

la pointe du lobe moyen gauche, dans l'endroit où a pénétré l'instrument vulnérant, est également ramollie, infiltrée de sang, à une profondeur de trois à quatre lignes. Soumise aux mêmes expériences que la substance de la couche optique et du corps strié, elle donne les mêmes résultats.

Ce cas, qui ne diffère de la contusion du cerveau proprement dite, que par la nature de la cause qui l'a produite, a beaucoup de rapport, ce me semble, avec les vivisections faites sur les animaux, par suite de l'introduction d'un stylet dans la région temporale. La pulpe cérébrale a été profondément lésée : à l'instant, tous les phénomènes observés sur les animaux qu'on sacrifie à de semblables expériences, sont survenus. Ce qui nous prouve au-delà de toute évidence, que la lésion, la désorganisation du tissu encéphalique, soit par contusion, par section ou par ramollissement, est dévoilée à l'observateur par des phénomènes identiques, tels que la contracture, l'agitation. Je n'insisterai pas davantage sur ce fait, qui est encore digne d'intérêt, à cause de la contracture qui a eu lieu des deux côtés à la fois.

Obs. IIIe. — *Chute de vingt pieds, fracture du crâne, mort; épanchement considérable, contusion de la protubérance annulaire.*

A l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 16, le 20 janvier 1836, a été apporté un individu qui venait de faire une chute sur la tête. Sur le sommet, il existe une plaie contuse, au centre de laquelle on croit reconnaître un enfoncement des os crâniens. Il s'écoule peu de sang; le malade est sans connaissance, les yeux entr'ouverts sont insensibles à la lumière; la bouche entr'ouverte aussi, les ailes du nez fortement dilatées. La respiration se fait avec bruit et difficulté; elle est râleuse plutôt que stertoreuse. Les pupilles sont légèrement dilatées et immobiles, le pouls est plein, mou et lent. Du côté droit, à la jambe et au bras, il y a de la contracture, et si on soulève ces membres, ils reviennent sur le lit graduellement, et non comme une masse inerte. Du côté gauche, l'insensibilité et la résolution sont complètes; la sensibilité a aussi disparu du côté droit, et avec quelque force qu'on pince la peau, le malade ne témoigne aucun signe d'impatience. Du sang s'écoule par la bouche et par le nez. Les matières fécales

et urinaires n'ont pas été rendues. Saignée ℥ ij. Le sang coule avec difficulté. (Douze sangsues en permanence derrière les oreilles ; compresses froides sur la tête ; sinapismes aux mollets, petit-lait émétisé.)

Le malade meurt le lendemain matin à 6 heures moins le quart. A la visite du soir, il était absolument dans le même état qu'à son arrivée ; la respiration était plus précipitée, et tout annonçait une fin prochaine, qui a eu lieu sans délire et sans agitation.

Autopsie. Le crâne est scié circulairement. Du côté gauche, dans toute la région temporale, existe un épanchement circonscrit de 5 pouces d'étendue d'avant en arrière, 3 pouces de haut en bas, d'une épaisseur d'un pouce au centre, situé au dehors de la dure-mère. Fracture du crâne avec enfoncement au niveau de l'épanchement, et plus bas que la plaie ; la fracture intéresse le pariétal gauche, la portion écailleuse du temporal, la face supérieure du rocher, la base du sphénoïde, sa grande aile droite et le rocher du côté droit. Les deux carotides sont déchirées, les apophyses clinoïdes antérieures sont fracturées, ainsi que la petite aile du sphénoïde, et la voûte orbitaire du coronal gauche. L'épanchement s'étendait jusque dans la fosse moyenne de la base du crâne ; l'hémisphère gauche, dans toute sa partie moyenne, était déprimé, enfoncé, sans lésion de la substance cérébrale. Un liquide séro-sanguinolent, existe dans les ventricules latéraux. Contusion au centre de la protubérance annulaire, un peu plus à gauche qu'à droite.

Je ferai remarquer dans cette observation, que l'épanchement existait du même côté que la paralysie ; que les symptômes de la contusion de la protubérance annulaire ne furent prononcés si peu que parce que, l'épanchement étant très-considérable, il anéantissait l'influence cérébrale, qui se serait manifestée infailliblement par une contracture plus forte, si l'épanchement était diminué.

Obs. IVe. — *Chute à la renverse dans un escalier. Fracture du crâne, contusion, déchirure de la substance cérébrale. Mort 60 heures après l'accident.* — Le 7 juin 1836, à 6 heures du soir, le nommé Ollivier (Jacques), âgé de 49 ans, portier, d'une constitution très-forte, demeurant faubourg Saint-Martin, n° 51, fut apporté à l'Hôtel-Dieu, sans mouvement et sans connaissance. Les personnes qui l'accompagnent, racontent qu'ayant bu plus que

d'habitude dans la journée, il eut besoin d'aller à la garderobe; il fallait monter plusieurs étages pour s'y rendre, mais pressé par le besoin, il s'arrête sur le pallier d'un étage inférieur. Une femme l'y ayant rencontré accroupi, le poussa dans l'escalier, le fit tomber à la renverse, de la hauteur d'une dixaine de marches. Il resta sans connaissauce, et fut apporté dans l'état suivant.

Plusieurs contusions à la tête; du sang s'écoule par l'oreille. État comateux, pupilles contractées, immobiles; respiration lente, non stertoreuse, pouls lent, dur. 45 à 50 pulsations par minute; froid des extrémités, et particulièrement des inférieures, décubitus sur le dos, mouvemens automatiques, plus prononcés quand on le pince. La sensibilité est fortement diminuée. Il ne se réveille que lorsqu'on le pince de toutes ses forces. Alors, sans proférer un seul mot il remue les membres inférieurs. Si ce sont eux qu'on pince, il porte les bras, le gauche surtout, au-dessus de la tête. Il existe aussi un mouvement tout particulier de la face, comme s'il voulait grincer des dents. Du côté gauche, il existe de la contracture : si l'on veut étendre l'avant-bras sur le bras, on éprouve d'abord de la résistance de la part du malade, qui le ramène sur sa poitrine lorsqu'on l'abandonne. Du côté droit, la contracture est très-prononcée, et l'extension du bras n'est possible qu'en tirant fortement dessus. Si on l'abandonne après l'avoir fortement étendu, il revient brusquement dans la flexion, et comme un véritable ressort. Tous les mouvements qu'il fait avec ses bras, tendent à l'envelopper dans ses couvertures; il ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. Le brancard sur lequel on l'avait apporté, ses vêtements, étaient remplis de matières fécales, probablement qu'il a eu excrétion involontaire. (20 sangsues en permanence derrière les oreilles, 4 chaque fois; lavement purgatif, petit lait émétisé.). Il y a eu deux vomissements mêlés de vin rouge.

Pendant la nuit, les mouvements du malade sont tels, que l'infirmier de veille est obligé de lui mettre la camisole, pour l'empêcher de tomber de son lit.

Le 8, pendant la nuit, la réaction qui n'avait pas encore lieu à 11 heures du soir, se manifesta. Je le visite à cinq heures du matin, il est dans l'état suivant : face vultueuse et animée, pouls plein, dur et fréquent, 90 pulsations ; des jambes et des bras il fait des mouvements violents pour se débarrasser de la camisole, il dit même et à plusieurs reprises d'une manière très-nette et très-intelligible qu'il y a quelque chose qui le retient; interrogé, il ne répond nullement aux questions; cependant il est facile de voir

qu'il comprend ce qu'on lui dit; sa figure est aussi agitée de mouvements automatiques, de même que tous ses membres; si on les pince légèrement, il ne perçoit rien; si au contraire on le pince à lui tordre la peau, il sent, s'agite et dit à chaque fois qu'on renouvelle cette épreuve : *tu me pinces, ne me pinces donc pas.* De la chaleur existe dans toutes les parties du corps, les pupilles sont dans le même état que la veille; excrétion involontaire des matières fécales et urinaires. *Saignée de 12 onces. Petit lait émétisé, lavement purgatif; compresses d'eau froide sur la tête.*

Même état pendant toute la journée; la contracture du côté droit est toujours très-prononcée, celle du côté gauche est à peine sensible, elle existe cependant. Il n'y a point de paralysie, il y a un peu de rémission dans les mouvements, qui reprennent aussitôt et avec la même violence, lorsqu'on pince le malade fortement, il grogne et cherche toujours à se couvrir avec la couverture qu'il tient; il porte continuellement ses mains, surtout la gauche, vers la région antérieure de la tête, comme s'il souffrait davantage dans cette partie; la respiration se fait toujours librement; les questions qu'on lui fait restent toujours sans réponse, le soir à la visite saignée de 16 onces. La nuit se passe comme la journée, toujours des mouvements automatiques, excrétion involontaire d'urine et de matières fécales.

9 juin, même état que la veille; la contracture du côté droit est toujours très-prononcée; sensibilité peu marquée des membres surtout des supérieurs; cependant lorsqu'on les pince fortement, le malade sent encore et se livre à des mouvements en tout sens; il ne répond pas quand on lui parle, mais il porte son bras gauche à la tête et fait quelques autres mouvements, comme ceux d'un homme qui cherche à s'envelopper dans ses couvertures. La respiration se fait toujours normalement. La bouche est entr'ouverte, les lèvres contractées, écartées de façon que les bords alvéolaires sont à découverts comme quand on veut faire une grimace. Tous les muscles de la face sont contractés; les pupilles le sont aussi; l'œil gauche est entr'ouvert, le pouls est très-lent; comme au moment de l'arrivée, la peau est fraîche dans tous les membres, plus chaude au tronc, à la partie antérieure de la poitrine; il y a encore dans le courant de la journée et dans la nuit, excrétion involontaire. Compresses froides, sinapismes aux mollets. Le malade meurt sans agonie le 10 juin, à six heures du matin.

Autopsie 24 heures après la mort par un temps sec et chaud.

Raideur cadavérique; le cadavre est celui d'un homme bien constitué, bien musclé. Au dessus de la région occipitale droite,

derrière l'oreille, on remarque un empâtement du cuir chevelu, résultat d'une contusion sur ces parties. L'œil du même côté et les paupières sont ecchymosés. Après avoir scié le crâne circulairement on note : 1°. une fracture qui s'étend du commencement de la fosse moyenne de la base du crâne, jusque dans la fosse occipitale, en passant sur la partie moyenne du rocher qui est fracturée transversalement : la fracture comprend le conduit auditif interne. 2° Au niveau de cette fracture, entre la dure-mère et le crâne, il existe un épanchement sanguin peu considérable en épaisseur, mais qui occupe une large surface, et a deux pouces et demi de longueur sur un pouce de largeur. 3° Entre le cerveau et la dure-mère, il existe un autre épanchement sanguin qui a les mêmes dimensions et la même épaisseur; 4° au-dessous de ce sang qu'on enlève avec la plus grande précaution, on trouve la substance cérébrale contuse, ramollie (face moyenne et un peu inférieure de l'hémisphère droit, répondant à la fosse moyenne de la base dn crâne). Cette lésion a deux pouces de longueur d'avant en arrière sur 9 ou 10 lignes de haut en bas, et à peu près 7 ou 8 lignes de profondeur; elle présente les caractères suivants, examinés de la circonférence du cerveau au centre. 1°. On trouve une couche peu épaisse de caillots sanguins interposés entre la dure-mère et le cerveau; au-dessous, la substance cérébrale elle-même désorganisée, réduite en bouillie et mélangée avec du sang. On remarque des vaisseaux veineux divisés. Ce désordre s'étend jusqu'à 4 lignes de profondeur; au-dessous de ces lésions et en allant toujours de la circonférence au centre, on voit un piqueté, un pointillé noir très-prononcé dans la pulpe cérébrale, qui est rouge, comme imbibée de sang; le piqueté diminue à mesure qu'on avance plus profondément et la substance cérébrale se rapproche davantage de sa couleur normale; elle présente au-delà de toutes les lésions que je viens de signaler, un cercle jaunâtre, de l'épaisseur d'une ligne et demie à deux lignes, et qui semble borner ce qui est sain dans ce point du cerveau, de ce qui est malade. Enfin, au-delà de ce cercle jaunâtre la pulpe cérébrale reprend sa couleur et sa consistance naturelles. Le lobe antérieur, dans le point qui correspond sur les côtés de l'apophyse *crista galli* présente une plaque noirâtre, comme gangreneuse, de la largeur d'une pièce de dix sous; c'est une contusion qui s'étend à quatre ou cinq lignes de profondeur.

Du côté gauche, le lobe antérieur présente à sa partie inférieure, antérieure et externe, une large et profonde désorganisation. La substance cérébrale est déchirée, réduite en bouillie et présente

absolument les mêmes désordres que ceux que j'ai indiqués du côté droit, seulement ils sont plus considérables, s'étendent un peu plus profondément et occupent une plus large surface. Dans cet endroit le cerveau présente des éraillements, des inégalités, des déchiquetures nombreuses, du sang est mêlé avec la pulpe cérébrale. Le lobe moyen, à sa face externe et inférieure de ce même côté est aussi contus, dans un état d'attrition, mais à une profondeur de trois ou quatre lignes seulement. Les autres parties du cerveau sont saines, ainsi que tous les autres organes, les poumons, le cœur, etc.

(*La suite au prochain numéro.*)

Quelques faits de médecine pratique, des Plaies et de la Suture des tendons; par J. T. Mondière, *D. M. P., médecin de l'hôpital de Loudun* (*Vienne*) (1).

A diverses époques de la science, on a agité la question de savoir si l'on devait ou non recourir à la suture des tendons quand ils avaient été complètement divisés. Cette question, après avoir traversé plusieurs siècles et avoir été soumise à de nombreuses discussions, n'a jamais été définitivement résolue, et aujourd'hui, comme autrefois, on trouve encore des chirurgiens qui préconisent la suture dans tous les cas, d'autres qui la condamnent d'une manière absolue, d'autres

---

(1) Fidèle au plan que nous nous sommes tracé de recueillir tous les cas intéressants que nous fournit une pratique assez étendue, nous venons aujourd'hui publier un second fascicule d'observations. Comme dans notre première publication, nous ne nous bornerons point à relater seulement les faits qui nous sont propres, mais les rapprochant de ceux analogues que possède déjà la science, nous tâcherons d'en faire sortir quelques traits de lumière propres à élucider les questions encore incomplètement ou diversement résolues.

Pour donner aux faits que nous recueillons toute l'authenticité désirable, nous avions jusqu'à présent indiqué le nom de nos malades; mais un confrère, par un motif que nous ne

enfin, et beaucoup plus sages, suivant nous, qui veulent qu'on n'y ait recours que dans quelques cas particuliers. Nous faudra-t-il donc long-temps encore tourner dans le même cercle, et ne pourrait-on pas dés à présent arriver à quelques données positives, en réunissant les faits et les expériences publiés jusqu'à ce jour, et en comparant entr'eux les résultats qu'ils fournissent. Nous ne craignons pas de répondre par l'affirmative, et cette conviction, nous l'avons puisée dans l'analyse de faits assez nombreux pour que notre opinion soit partagée par tout homme impartial.

Nous ne rapporterons pas ici le nom de tous les chirurgiens qui ont écrit pour ou contre la suture dans les plaies des tendons. Cette énumération serait inutile et fastidieuse. Nous tiendrons compte seulement des auteurs principaux qui ont cité des faits à l'appui de leur opinion. Malheureusement quand on remonte aux sources, on est étonné de voir les faits exposés avec si peu de détails, que, d'après la sévérité apportée aujourd'hui dans l'examen des observations, il n'est pas possible de tirer du plus grand nombre d'entre eux des conclusions rigoureuses. Nous sommes donc forcés d'éliminer un grand nombre des materiaux que nous avions rassemblés; mais ceux qui nous restent suffiront, nous le croyons du moins, pour éclairer la question, si long-temps agitée et si diversement résolue, de la guérison des plaies des tendons par la suture ou par la position seule.

---

cherchons point à déterminer, ayant fait connaître à plusieurs d'entre eux, la publicité donnée aux observations qu'ils nous avaient fournies, nous avons reçu quelques reproches. Nous nous verrons donc forcés, dans nos propres intérêts, de taire par fois le nom de quelques uns de nos clients. Mais la conscience et la bonne foi que nous avons apportées jusqu'à ce jour dans la rédaction de nos observations, ainsi que dans l'examen et la discussion de plusieurs points de la science dont nous nous sommes occupés dans des mémoires insérés dans divers journaux, nous font espérer que, par là, les faits que nous publions aujourd'hui et ceux que nous publierons par la suite ne perdront rien de leur valeur scientifique.

Parlons d'apord de la suture. Cette opération, abandonnée par Galien, fut de nouveau pratiquée dans le dix-septième siècle par Veslingius, Severinus, (1) Félix Wurtzius, et ensuite par d'autres chirurgiens plus ou moins célèbres, parmi lesquels on cite Mainard, Bienaise, Purman, etc etc. Mais énumérons les faits :

Wurtzius parait avoir pratiqué cette opération (2). Moinichen rapporte qu'il a vu chez un chirurgien habile, nommé Mainard, les tendons des doigts, qui avaient été coupés avec un couteau, réunis par le moyen d'une aiguille courbe et un fil, et que les doigts conservèrent leur mouvement ordinaire (3). Weslingius, professeur d'anatomie à Padoue, relate quelques observations do tendons entièrement coupés et réunis par la suture avec un plein succès (4). Lamzweerde, pour éclairer la question, a fait des expériences sur des chiens, et les résultats ont été tout aussi favorables (5). Nuck, qui les a répetées, est arrivé au même point. (6)

En 1677, Job Baster pratiqua, sur un jeune paysan, la suture du tendon du grand supinateur, qui avait été coupé avec une hache. Au bout de quatorze jours, la guérison était complète. Dans deux cas de division de tendons de la main, il obtint un pareil résultat en trois semaines. Dans ces deux cas il resta une petite tumeur au tendon à l'endroit de la suture. Nous reviendrons plus bas sur cette circonstance qui ne s'est rencontrée dans aucun des cas à nous connus de division des tendons guérie par la position seule. Le même médecin ajoute qu'à Paris il

(1) *De effic. méd.* liv. II. cap. 123.

(2) *De vulnerum curat.* lib. IV. p. 123.

(3) *Observ. méd. chirurg.* n°. XXIV. Hafniœ, 1665, in-8°.

(4) *Obs. anatomicœ et posthumœ. Epistola* 73. Hafniœ, 1664, in-8°. obs. 15. p. 90.

(5) *Append. ad arment. Scultet.* et Van der-Wiell. *obs. de méd.* et Bibl. de planque. Paris, 1758, in-8°. t. II. p. 440.

(6) Van der-Wiell, *loco cit.* p. 429.

avait vu une fois cette suture pratiquée avec succès. Valentin (Michel Bernard,) professeur en médecine à Giessen, en fait un éloge trop pompeux pour qu'il n'ait pas vu pratiquer ou pratiqué lui-même avec succès cette opération. Nous en dirons autant de la Vauguyon qui en fait une apologie outrée (1). Purman (Mathias Geofroy,) assure, dans sa *Chirurgie curieuse*, qu'il a vu faire heureusement jusqu'à douze fois la suture des tendons avec une aiguille courbe (2). Wepfer rapporte des expériences tentées sur des chiens et dans lesquelles on pratiqua la section des tendons, puis leur suture. Ces animaux guérirent très-bien; seulement à l'endroit de la réunion opérée par la suture, il resta un point saillant, comme l'avait déjà observé Batter (3). Delaisse a guéri par la suture, en y comprenant la peau, une division complète des tendons des extenseurs du pouce (4). M. A. Petit dit que, bien que depuis long-temps la chirurgie eût proscrit la suture, il a osé l'employer deux fois. Dans un cas, la plaie datait de 24 heures, la réunion fut parfaite; dans l'autre la plaie était ancienne. Une incision pratiquée à la peau, sur le trajet du tendon, montra ses deux extrémités séparées l'une de l'autre de près de deux pouces, et terminées par un tubercule arrondi. Petit les reséqua, puis en fit la suture et, au bout de 25 jours, le doigt avait recouvré ses mouvemens perdus depuis long-temps (5). Verduc et Leclerc avaient déjà professé l'opinion que la suture des tendons pouvait être pratiquée même après la cicatrisation de la plaie. Dionis était d'un avis tout opposé, M. Gensoul, de Lyon a également pratiqué avec succès la suture du tendon de l'ex-

---

(1) *Traité complet des opérations de chirurgie*. Paris 1698, in-8°. p. 172.

(2) *Chirurgia curiosa*. Franc. 1699, in-4°. p. 540.

(3) *Historia cicutæ aquaticæ*. Leyde, 1733, in-8°, p. 119.

(4) *Recueil d'obs. de chirurgie*. Paris, 1753, in-12. obs. 32, p. 148

(5) *Discours sur les maladies principales observées dans l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans méd. du cœur*. Lyon 1806, in-8°. p. 340.

tenseur de l'annulaire de la main gauche, et le Dr. Acher qui rapporte ce fait (1), l' pratiqué lui-même dans un cas de division du tendon du doigt médius, division qui fut suivie d'un écartement de près de trois pouces entre les deux extrémités coupées. Le quinzième jour, quelques gouttes de suppuration se firent jour à travers la plaie, et le fil sortit en même temps. Une semaine plus tard le malade se servait de sa main comme auparavant. Le tendon que l'on sentait à travers la peau, offrait une petite nodosité à l'endroit de la réunion. M. Blandin (2) a eu occasion de voir un ancien militaire, auquel cette opération avait été pratiquée pour réunir les deux bouts de l'un des tendons des fléchisseurs de la main divisés par un coup de sabre, et il s'est assuré que cet homme avait conservé la liberté de tous ses mouvemens. Ici encore il en résulta une nodosité très-apparente, et de plus des adhérences avec la peau ; mais celle-ci était entrainée par le tendon et s'enfonçait en formant une cavité digitale, chaque fois que le muscle se contractait.

Ce fait seul a conduit le chirurgien distingué qui le cite, à penser que la suture appliquée aux divisions des tendons a été frappée d'une proscription générale. Les faits nombreux que nous avons rapportés sont bien propres à démontrer toute la justesse de l'opinion de M. Blandin.

Examinons maintenant les faits qui se rapportent à la réunion simple, aidée de la position et des bandages. Ceux que nous avons réunis sont moins nombreux que ceux que nous avons cités sur la suture ; mais tels qu'ils sont, ils nous permettront cependant de conclure d'une manière rigoureuse.

Ambroise Paré (3), dont nous nous honorons d'être le compatriote, a guéri un seigneur de la maison de Montmorency, qui avait les tendons extenseurs du pouce complètement divisés, en mettant ce doigt dans une boîte de fer-blanc,

---

(1) *Recherches sur les moyens propres à procurer la réunion des tendons après leur section.* Thèses. Paris 1834, n. 112. p. 9.

(2) *Dictionnaire de médecine et de chir. pratiques.* t. XIII. p. 234.

(3) *Œuvres complètes.* liv. XXII. chap. 10.

pour le maintenir droit. Marchettis a obtenu un pareil succès dans un cas analogue (1). Martin, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, cite l'observation d'une femme, qui eut coupés en travers, par un coup de sabre, les tendons fléchisseurs du poignet et des doigts; la réunion simple fut suivie d'une guérison parfaite le vingtième jour(2). Mareschal de Rougères, dans un mémoire sur l'abus des sutures (3) rapporte l'observation curieuse d'un soldat qui se coupa, avec une faucille, les quatre tendons extenseurs des doigts de la main gauche. La plaie pouvait avoir quatre pouces et demi de longueur, les lèvres en étaient écartées de plus de trois pouces, et les extrémités des tendons, de deux pouces environ. La main fut mise dans l'extension, l'avant-bras demi-fléchi, les lèvres de la plaie affrontées et maintenues par un bandage. La guérison était complète au bout de trois semaines. Heister a vu tous les tendons extenseurs des doigts coupés sur le métacarpe, réunis par la seule position(4). On trouve dans le tome quatrième du *Journal de chirurgie* de Desault, une observation de division des tendons, également guérie sans suture. N'ayant point à notre disposition ce volume du Journal de Desault, nous indiquons le fait d'après Monteggia (5). M. Rognetta a consigné dans ce journal des observations analogues (6).

A ces faits, que possède déjà la science, nous allons en ajouter deux qui se sont offerts à notre observation, et qui ont donné lieu aux recherches dont nous venons d'exposer les résultats; résultats qui nous paraissent de nature à décider

---

(1) *Sylloge, obs. méd. chir. rariarum.* Padoue, 1664, in-8°. obs. 33.
(2) *Ancien journal de méd.* in-12. t. XXIII. p. 555.
(3) *Ancien journal de méd.*, in-12. t. XXX. p. 552.
(4) *Traité de chirurgie.* Paris, 17. in-8°. fig. 70 t. IV. p. 305.
(5) *Nuovo giornale della piu recente litteratura medica-chirurgica d'Europa.* 1795, in-8°. t. VIII. p. 65.
(6) *Archives de médecine*, 2e série. t. IV. p. 213.

enfin la question importante du meilleur traitement applicable, selon les circonstances, aux plaies des tendons.

Obs. Ire. Le 25 août 1834, je fus consulté par le nommé Guérin Etienne, âgé de 38 ans, journalier, demeurant à Meurtaisé, qui me rapporta que la veille au soir vers sept heures, s'étant pris de dispute avec son beau père, il en reçut un coup de couteau sur la partie moyenne de la face dorsale de la main gauche. Il en résulta une plaie presque transversale, longue d'environ deux pouces et intéressant les tégumens et les tendons des muscles extenseurs des doigts annulaire, médius et indicateur, qui étaient entièrement coupés. Par suite de cette section, ces trois doigts étaient assez fortement fléchis, et il en résultait un écartement de près d'un pouce entre les bouts des tendons. Je plaçai une palette de bois garnie et assez large sur la face palmaire de la main, au moyen de laquelle je maintins les doigts dans la plus grande extension possible. Cette palette, fixée par une bande à ses deux extrémités, me permit d'affronter aussi bien que possible les bouts des tendons divisés et les lèvres de la plaie des téguments; je les maintins réunis au moyen de bandelettes de taffetas d'Angleterre, par dessus lesquelles j'appliquai un plumasseau de charpie, des compresses et quelques tours de bande. L'avant-bras fut fixé, au moyen d'un mouchoir, sur le devant de la poitrine. Il n'y eut que très-peu de suppuration, et la réunion de la plaie ne se fit pas long-temps attendre. Pour donner aux tendons le temps de se réunir d'une manière solide, je laissai l'appareil en place, pendant près d'un mois, bien que depuis long-temps la cicatrice des téguments fut complètement achevée. Au bout de ce temps j'enlevai l'appareil, et bien que gênés, quelques mouvements d'extension avaient lieu dans les doigts désignés ci-dessus. Peu à peu ces mouvements devinrent et plus faciles et plus étendus, et bientôt Guérin put se servir de sa main comme auparavant. Je l'ai revu plusieurs fois depuis, et il ne conserve de son accident qu'une cicatrice presque linéaire.

Obs. IIe. Au mois de décembre 1835, le fils du nommé Sinton, âgé de six ans environ, s'amusant à couper du bois avec une hache, s'en donna un coup sur le dos de la main, et se coupa complètement les tendons des muscles extenseurs des doigts médius et indicateur. Quand cet enfant me fut amené, ses doigts étaient fortement fléchis; les lèvres de la plaie étaient écartées, ainsi que les extrémités des tendons qui laissaient entre elles plus d'un demi pouce d'intervalle. J'employai chez ce petit malade le même pansement que chez Guérin. Il n'y eut pas de suppuration : au bout de trois se-

maines la cicatrisation était parfaite et, bientôt après, les mouvements d'extension des doigts désignés redevinrent aussi libres qu'avant la division des tendons.

On voit que dans ces deux observations qui ont la plus grande analogie entre elles, nous avons laissé l'appareil longtemps en place, voulant par là donner à la cicatrisation des tendons le temps de se consolider, et éviter qu'elle ne vînt à se rompre. Cette précaution, qui alors nous avait été dictée seulement par des réflexions théoriques, devint plus tard pour nous un précepte rigoureux de pratique, lorsque nous eûmes pris connaissance des expériences de M. Acher. Des expériences faites par ce jeune médecin (1), il résulte en effet que, si avant que la cicatrice des tendons ait acquis toute la densité dont elle est susceptible, on vient à opérer sur elle quelque traction, elle peut s'allonger de six à huit lignes, d'où résulte nécessairement une gêne ou l'impossibilité dans l'exécution des mouvements d'extension ou de flexion, selon le tendon coupé. Une chose assez remarquable, c'est que si en opérant ces tiraillements, on vient à rompre la cicatrice, on a beau affronter les extrémités, la réunion ne s'opère plus, et si l'on veut l'obtenir, on est obligé de raviver les bords de la solution de continuité, avant de les rapprocher.

Des faits précédemment exposés, on peut rigoureusement tirer les conclusions suivantes :

1° La suture des tendons peut être pratiquée sans danger ;

2° Elle est inutile toutes les fois que, par la situation seule et un appareil convenable, on peut tenir rapprochées les extrémités des tendons divisés ;

3° Elle est nécessaire dans les cas rares où ces moyens ne peuvent suffire ;

4° Elle est indispensable dans les cas plus rares encore, où le médecin n'est appelé qu'alors que les plaies sont déjà cica-

1) *Loco citato*. p. 15.

trisées, et qu'il faut reséquer une étendue plus ou moins considérable de chaque extrémité des tendons, comme l'avaient proposé Verdue et Leclere, et comme l'a pratiqué avec succès M. A. Petit.

5° Par conséquent elle n'est ni *inutile*, ni *dangereuse*, comme l'a avancé tout récemment encore M. Rognetta (1). Elle n'est point *inutile*, puisque nous avons vu qu'il est des cas, rares, il est vrai, où il faut de toute nécessité y avoir recours; elle n'est point *dangereuse*, puisqu'à notre connaissance pas un seul accident n'est survenu à la suite de son emploi; car il ne faut compter pour rien la petite nodosité que nous avons vu quelquefois lui succéder, et qui ne gêne en rien la liberté des mouvements.

Enfin, les expériences de M. Acher, que nous avons citées, démontrent qu'il est prudent de laisser l'appareil en place, plus long-temps qu'on ne serait porté à le croire au premier abord.

(*La suite des faits pratiques à un numéro prochain.*)

OBSERVATIONS PATHOLOGIQUES.

§ I. *Phlébite des veines extérieures du crâne, de la face et de l'orbite.* — § II. *Angine sous-glottique, avec des réflexions sur ces deux maladies; par* V. A. GELY *de Nantes.*

OBS. Ire — Louvet (Jacques-Charles), âgé de 78 ans, entré à l'Hôtel-Dieu de Nantes depuis quatre ou cinq jours, présente un gonflement érysipélateux de la face et des paupières. On observe en outre un pouls fébrile, de la céphalalgie frontale, une soif très-vive..... La saignée générale, la diète et les délayants furent mis en usage. Pendant les jours suivants, il y eut augmentation de l'œdème des paupières, qui s'étendit à la conjonctive oculaire. On

---

(1) *Archives de Médec.*, 2e *série*, t. IV, p. 213.

observa aussi un empâtement œdémateux considérable de la région parotidienne droite. La tension et la rougeur furent assez modérées, mais le pouls resta constamment fébrile, et à ces symptômes vinrent bientôt se joindre de la loquacité, du délire, un tremblement des membres.... Enfin, le malade succomba sous le coup d'accidents cérébraux bien dessinés, le 11 octobre 1826.

Nécropsie.— Une circonstance que rien n'avait indiquée pendant la vie, se révéla tout d'abord, et vint modifier le diagnostic porté sur la cause matérielle des phénomènes observés. Les veines du front, devenues très-sensibles au toucher, étaient dures et comme distendues par une injection artificielle : celles de la région temporale étaient dans le même état. Le cuir chevelu est tuméfié, surtout en arrière. Il présente, vers le sommet de la tête et sur le côté gauche de la suture sagittale, une petite plaie ulcéreuse, de la largeur d'une pièce de 10 sols, superficielle, et dont le malade n'avait fait aucune mention : elle était donc restée tout-à-fait ignorée pendant la vie, bien qu'elle fût, suivant toute apparence, la cause matérielle de tous les désordres que nous allons décrire.

Les deux veines frontales et leurs ramifications étendues sur le sommet de la tête, étaient également pleines de pus concret ou sanieux. Dans beaucoup de points on avait quelque peine à séparer de leurs parois le pus visqueux et filant qui s'y trouvait déposé. Les branches palpébrales qui s'anastomosent avec les branches externes de ces deux gros troncs, étaient également injectées par une matière purulente plus ou moins solide. Cet état était surtout très-marqué à gauche. Les ramuscules sous-orbitaires de la veine faciale antérieure de ce côté étaient dans le même état, et l'incision de la paupière et de la joue montrait une multitude de vaisseaux veineux, superficiels ou profonds, béants, remplis par des caillots purulents ou de la sanie de couleur gris-rosé. Les deux branches temporales et leurs rameaux les plus profonds; les auriculaires antérieures et postérieures, et leurs ramuscules d'origine sur le crâne, étaient dans le même état, du côté droit seulement. L'incision du tissu cellulaire sous-cutané et de la couche musculeuse de cette région, donnait les mêmes résultats qu'à la joue, mais d'une manière encore plus tranchée. Une traînée de pus verdâtre, visqueux, indiquait la marche de tous ces vaisseaux, dont les parois étaient tantôt intactes, tantôt détruites de manière à présenter une multitude de petits foyers purulents placés sur des lignes flexueuses. Les anastomoses veineuses placées en dehors de la parotide, formaient un lacis comparable à une tumeur variqueuse dont toutes les portions seraient suppurées. La veine jugulaire externe

contenait un caillot noir, adhérent, un peu ramolli au centre. Sa surface interne était d'un rouge foncé, et très-visiblement injectée. Cette veine n'était perméable au sang que vers sa partie inférieure. La jugulaire interne était saine et vide; la veine ophtalmique droite était malade, et un abcès veineux existait au point même où elle sort de l'orbite pour pénétrer dans le sinus caverneux. La maladie qui finissait brusquement dans cet endroit, avait été bornée du côté du crâne par un caillot obturateur. Du côté de la face, les anastomoses avec la veine frontale et angulaire étaient évidemment le moyen de transmission de cette phlegmasie, par continuité de tissus.

Les sinus cérébraux, les veines méningées ne participaient point à la maladie. L'arachnoïde était un peu louche, surtout en avant et à gauche. Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne très-manifeste; un peu d'eau dans les ventricules dont les parois sont peut-être légèrement ramollies. Le cœur est sain. Sang noir et liquide dans les vaisseaux; trois ou quatre petits abcès lobulaires dans les poumons, et quelques points d'engorgement noir caractéristiques du premier degré de cette altération. Rien de remarquable dans l'artère pulmonaire. Par suite d'une préoccupation que je ne saurais assez déplorer, le foie n'a pas été examiné.

La partie postérieure du cuir chevelu était sensiblement soulevée par une infiltration séreuse. Dans les points qui contenaient tant de veines malades, les tissus étaient un peu engorgés; le tissu cellulaire condensé criait sous le scalpel. Mais aucun organe autre que les canaux veineux, ne contenait de pus. Les os du crâne étaient sains et presque entièrement compactes. La petite plaie dont nous avons parlé ne s'étendait pas à toute l'épaisseur du derme, et n'intéressait par conséquent pas les couches musculeuses et aponévrotiques.

Cette observation peut donner lieu à plusieurs remarques importantes.

D'abord notons avec soin l'extrême puissance des lésions externes ou traumatiques pour produire l'inflammation des veines voisines. Celle-ci a été, en effet, la suite immédiate de la très petite ulcération siégeant sur le cuir chevelu. Son importance était en réalité si minime, qu'elle a été évidemment négligée, sinon tout-à-fait ignorée par le malade; ce qui donnerait aussi à penser qu'elle a été continuellement exposée à

l'irritation causée par le contact des cheveux ou des vêtements mal-propres. L'engorgement inflammatoire du cuir chevelu et du tissu cellulaire sous-jacent, pour être bien évident, n'en était pas moins renfermé dans des limites très ordinaires. Il était donc difficile de n'être pas frappé de l'exiguité de la cause d'une phlegmasie si étendue et si redoutable. Pour compléter ces remarques étiologiques, il faudrait connaître les conditions générales où s'est trouvé le malade depuis l'apparition de cette plaie. L'influence souvent très-grande de ce genre de cause doit nous faire regretter d'être privés de lumière à cet égard.

Une seconde remarque à l'occasion de la maladie présente, c'est que la douleur de tête, l'infiltration des paupières, la rougeur et l'empâtement uniforme de la face.... devaient faire regarder cette affection comme un érysipèle simple dont la métastase sur les membranes du cerveau fut aussi rapide que promptement funeste. Au milieu de cette marche insidieuse, aucun phénomène local, aucune tuméfaction, aucune rougeur sur le trajet des veines frontales ne vint apporter de lumière sur la véritable nature de la maladie. L'existence d'une solution de continuité n'ayant jamais été relevée, ne pouvait contribuer à donner l'éveil à cet égard. Dans cet état de choses deux circonstances auraient cependant pu faire soupçonner une lésion des veines, c'étaient l'engorgement œdémateux des paupières et des conjonctives, et l'empâtement de la région parotidienne droite. Mais ces phénomènes, qui fixèrent sérieusement l'attention, pouvaient se rattacher à l'existence d'une phlegmasie cutanée, et ne paraissaient pas suffisants pour donner à penser qu'une si grande partie du système veineux n'était plus perméable au sang. La modération des symptômes généraux pendant les premiers jours devait encore éloigner la supposition d'un état aussi grave.

L'absence des symptômes généraux habituels de la phlébite est encore une circonstance digne de fixer l'attention. En effet la fièvre, la céphalalgie, la soif qui existaient au début n'ap-

partiennent pas plus à cette phlegmasie qu'à celle de la peau et du tissu cellulaire d'enveloppe, et il est à remarquer d'un autre côté que les frissons irréguliers et souvent terribles, qui accompagnent d'ordinaire la phlébite ou l'adynamie profonde qu'elle développe parfois, ont également manqué dans cette circonstance. Cette marche singulière, qui coïncidant avec l'ignorance d'une lésion traumatique devait contribuer à entraver le diagnostic : on a peu, en quelque sorte, s'en rendre compte dans ce cas.

On conçoit *à priori* que le pus trouvait deux voies différentes pour pénétrer dans la grande circulation veineuse, et produire une altération profonde dans la constitution chimique du sang : mais dans ces deux points la nature avait élevé un rempart contre cette source d'infection. Le pus formé dans les points enflammés pouvait pénétrer dans la veine sous-clavière, par la jugulaire externe qui reçoit les temporales et les faciales. Il pouvait encore pénétrer dans la jugulaire interne où se décharge la veine ophthalmique ; or nous avons vu que ces deux voies étaient également oblitérées par un caillot noir, fibrineux, adhérent un peu avant leur insertion dans les troncs sous-claviers et carotidiens. (1) Cette séquestration de la maladie doit être regardée peut-être comme la cause principale de l'absence des symptômes les plus ordinaires et les plus graves de la phlébite des gros troncs. Cette circonstance explique encore assez clairement pourquoi, malgré la grande quantité de pus sécrété, les qualités physiques du sang contenu dans les grosses veines n'ont pas paru aussi profondement alté-

(1) En rédigeant cette observation, comme en faisant l'ouververture du cadavre, nous avions oublié qu'il existe un troisième moyen de communication entre les rameaux suppurés et les grosses veines, savoir : l'ouverture de la veine temporale commune dans la jugulaire interne ? Mais celle-ci a été examinée et trouvée saine, ce qui peut nous permettre de présumer que le même phénomène de séquestration par un caillot adhérent aurait été observé à l'embouchure de la temporale.

rées qu'elles le sont communément en pareilles circonstances. Enfin ces deux causes réunies font aussi très bien comprendre pourquoi les abcès métastatiques du poumon étaient en si petit nombre et d'un volume si borné. C'est donc l'affection des membranes du cerveau qui peut être regardée comme la cause prochaine de la mort, plutôt que l'altération du sang et des veines. Il est du reste bien entendu que nous n'oublions point ici la relation de cause à effet qui existait certainement entre ces deux ordres de faits.

Quant à la facilité vraiment effrayante avec laquelle l'inflammation a passé des frontales aux faciales, aux palpébrales et à l'ophthalmique en avant, puis sur le côté droit, aux deux temporales, aux auriculaires et à la jugulaire externe, les anastomoses si multipliées que l'anatomie nous démontre entre elles suffisent pour en faire comprendre la possibilité.

On avait déjà pensé que l'inflammation érysipélateuse de la face ne se transmettait parfois si rapidement au cerveau que par l'intermédiaire des veines ophthalmiques : sans nous dissimuler ce qu'une pareille proposition pouvait avoir d'absolu, nous ferons observer que le fait présent tendrait à la faire considérer comme digne d'un examen plus approfondi.

Enfin cette observation est une nouvelle preuve de l'importance qu'on doit attacher à l'existence de l'œdème des parties comme symptômes d'une altération veineuse, et de la vérité des opinions émises à cet égard par MM. Bouillaud et Cruveilhier.

Obs. IIe. *Angine sous-glottique.* — Dubois (François), conscrit, âgé de 21 ans, entrait à peine en convalescence d'une affection typhoïde bien caractérisée, vers le dix-huitième jour de la maladie, lorsqu'on observa pour la première fois des symptômes légers de laryngite (Enrouement, raucité de la voix, avec une légère douleur au larynx). Après quelques jours passés dans cet état, contre lequel on dirigea un traitement antiphlogistique et adoucissant, la physionomie du malade changea d'une manière aussi subite que fâcheuse. Ajoutons que, malgré les conseils répétés qui lui furent donnés à cet égard, il se tenait le col et la poitrine habituellement découverts, et tout-à-fait hors

du lit. Des accès de suffocation assez faibles, et surtout assez éloignés pour que le malade n'en parlât que tardivement, devinrent évidents à la visite du 20 septembre. On put en outre constater une absence presque complète de tout bruit d'expansion pulmonaire, malgré les efforts réitérés d'inspiration. Enfin, un sifflement bien marqué, tout-à-fait semblable à celui qui accompagne l'entrée de l'air dans les cas d'angine œdémateuse de la glotte se montra ; toux croupale, fièvre, anxiété (Saignée debras, sangsues au cou). Le lendemain, suffocation, dyspnée plus forte, anxiété extrême. L'état du pouls ne permettant plus d'employer les émissions sanguines, on administra un émétique, et on fit placer un vésicatoire au bas du col, ainsi qu'un à chaque jambe. Le malade mourut au soir, à deux heures.

Nécropsie. — Le larynx fut enlevé en entier avec l'œsophage, et renversé sur le thorax; ayant ensuite été fendu avec des ciseaux sur la face postérieure, on put constater l'état suivant. De chaque côté de la section longitudinale, existait, dans l'épaisseur des parois, une cavité demi-sphérique, un peu applatie d'avant en arrière, propre à loger une fève de haricot, formant avec celle du côté opposé un kyste qui nous parut imperforé. En effet, sur aucune des deux lèvres répondant à la surface interne du larynx, il n'existait de solution de continuité, et la section faite sur cette face ne présentait rien qui put faire croire qu'on eût porté l'instrument tranchant précisément sur une petite ouverture, par laquelle le pus se serait échappé pendant la vie. Toujours est-il vrai de dire, que cette cavité n'en contenait qu'une couche fort mince, déposée sur ses parois. A la place du pus liquide qu'on s'attendait à y trouver, on rencontra un corps blanc-jaunâtre, solide, onctueux au toucher, comme froissé et replié sur lui-même, à peu-près comme les feuilles centrales de certains bourgeons. Il fut facile de reconnaître ce corps pour un débris du châton qu'offre en arrière le cartilage cricoïde; il se continuait en effet sur les côtés, avec l'anneau cricoïdien. Ayant été déplissé de chaque côté, ce corps membraneux fut trouvé beaucoup plus mince et peut-être un peu plus long que ne l'est ordinairement le cartilage. Les cavités dont nous parlons contenaient en outre quelques grumeaux demi-caséeux, qui n'étaient sans doute que du pus concret. Leurs parois étaient épaisses, formées par du tissu cellulaire condensé représentant un véritable kyste. Tout autour, mais surtout en arrière, il y avait coloration gris-noirâtre des muscles environnants. La muqueuse du larynx parut à peine in-

jectée; les ligaments thyro-aryténoïdiens, les cartilages de ce nom, et toute la partie supérieure du larynx étaient sains. La surface des bronches présentait une coloration d'un rouge pourpre très-vif et parfaitement uniforme. Les poumons étaient engoués de sérosité.

Le tube intestinal présentait des traces bien évidentes de l'affection typhoïde dont la parfaite cicatrisation devait encore exiger quelque temps.

Nous avons été désireux de rapprocher ce fait de ceux que la science possède depuis peu de temps sur ce sujet. Ayant dans cette intention compulsé les Bulletins de la Société anatomique et les recueils périodiques, nous n'avons trouvé que six exemples de cette redoutable maladie, signalée pour la première fois par M. Cruveilhier. Sur ces six faits, les trois premiers appartiennent en propre à ce professeur, le suivant à M. Bouillaud, le cinquième à M. Ripaut, et le sixième à M. Vernois qui l'a présenté à la Société anatomique en 1834. Celui que nous presentons ici serait donc seulement le septième.

Un premier point digne de remarque, qui ressort de l'examen comparatif de tous ces faits, c'est que la laryngite sous-glottique serait une affection intercurrente, c'est-à-dire, qu'elle se montrerait bien plus fréquemment comme complication d'affections graves que spontanément. En effet, sur cinq observations où l'état de santé se trouve positivement indiqué, nous trouvons : convalescence d'affections typhoïdes, 3 convalescence de pneumonie 1, prurigo traité par les bains généraux, 1. Enfin dans deux observations, (celles de MM. Vernois et Cruveilhier), on ne trouve aucun détail étiologique. Un rapport aussi tranché ne serait-il qu'un simple effet de hasard? doit-on accorder à l'existence d'une affection typhoïde en voie de guérison, la puissante influence que semblent lui assigner les chiffres ci-dessus? Nous éviterons de répondre à ces questions. que le temps et des observations plus nombreuses peuvent seuls résoudre d'une manière satisfaisante.

Note sur les frères Siamois ; par M. Le Sauvage, *professeur de médecine à l'École secondaire de Caen, chirurgien en chef des hôpitaux.*

M. le docteur Coste, avantageusement connu par ses travaux sur l'embryologie, a adressé il y a quelque temps à l'Académie des sciences, une note dans laquelle il examine la question suivante : *Est-il possible de déterminer l'époque de la vie intra-utérine à laquelle les frères Siamois se sont réunis, et d'apprécier le mode de leur réunion?*

Je ne connais pas les données d'après lesquelles M. Coste a été conduit à déduire les corollaires qui terminent son travail ; mais c'est sans doute une occasion de rappeler que, dans le mémoire que j'eus l'honneur de présenter à l'Académie des sciences en 1829, (*Recherches sur les monstruosités dites par inclusion*, etc. etc..), j'ai le premier, je pense, développé les conditions premières de la formation des monstruosités doubles ou diplogénéses.

J'ai démontré que toute espèce de jonction ne pouvait s'établir que dans le seul cas où deux germes s'étaient développés dans un seul ovule, et qu'alors les deux embryons étaient contenus dans un chorion commun : c'est ma loi première des diplogénèses ; qu'une autre loi, sur laquelle la physiologie ne pouvait jetter aucune lueur dans l'état actuel de la science, c'est que les deux êtres, qu'ils fussent unis ou séparés, étaient constamment du même sexe ; que leur coalescence, dans les conditions déterminées par l'union préalable des deux cordons ombilicaux, ne pouvait s'établir que dans les seuls cas où les deux placentas, fixés au même chorion, étaient unis ou assez rapprochés l'un de l'autre, qu'alors c'était l'adhérence contractée par les érythroïdes des embryons, qui préparait et produisait celle de ces derniers ; et j'ai été conduit à cette autre loi que, dans ces circonstances, l'ombilic devenu commun était

toujours point de départ de l'adhérence. Ce sont les monstres doubles qui offrent cette disposition, que M. Isid. Geoffroy St-Hilaire a récemment grouppés sous la dénomination de synomphaliens. (*Institut*, n° du 6 Janvier, p. 4),

C'est d'aprés ces principes basés sur les faits, et qui ont été reproduits depuis, dans des ouvrages sur cette matiére sans qu'on en ait indiqué la source, (1) que j'ai été conduit à expliquer le mécanisme de la formation des monstruosités doubles par adhérence sus-ombilicale de deux individus réguliérement constitués, genre dans lequel les fréres Siamois doivent être compris, et j'ai ainsi exposé ce mécanisme sur lequel j'ai donné quelques nouvelles explications, dans le Mémoire sur les annexes du fœtus que j'ai récemment publié.

Mais avant de développer une théorie qui satisfait à tous les faits connus, je dois revenir sur ma manière de considérer l'érythroïde. Cet organe, presenté dans la traduction du Mémoire du docteur Pockels, (*Arch. gén. de méd.* t. XII, p. 281) sous le nom de vésicule, à été diversement compris ou même a été nié par quelques auteurs, et un membre de l'Institut qui a éclairé la science en cette matière par des productions importantes, m'écrivait, il y a peu de temps, qu'il pensait que la vésicule érythroïde de Pockels n'était autre chose que l'allantoïde.

Je crois avoir de nouveau suffisamment démontré dans mon dernier mémoire, que ce que Pockels aurait appelé la vésicule érythroïde, ne pouvait être que le rudiment du cordon ombilical avant qu'il fût compris dans la gaine amniotique; que de toute nécessité, il devait déjà exister entre le chorion et la cavité abdominale de l'embryon, au momeut où ce dernier se détachait du chorion pour s'inclure dans la dépression qu'il faisait subir à l'amnios; que les explications de l'auteur allemand ne pouvaient laisser subsister aucune équivoque à ce sujet: *Elle renferme dans ses parois les vaisseaux ombilicaux*, et

(1) Serres. *Anat. transcend.*, in-4°, p. 177.

dans son intérieur les rudimens de l'intestin et la tige de la vésicule ombilicale, et qu'il en était de même de cette autre assertion : *Elle suit l'abdomen du fœtus qui se retire dans l'espèce de gaine formée par l'amnios, la remplit complètement, et, dans l'œuf humain, cette tunique érythroïde devient ainsi le cordon ombilical.* (Mémoire cité). Ces particularités ne peuvent convenir qu'au rudiment du cordon encore formé par la réunion immédiate des deux masses vasculaires, dont l'une formera l'organe placentaire, l'autre les vaisseaux abdominaux de l'embryon, et entre lesquels viendront plus tard s'interposer d'abord les vaisseaux secondaires, puis enfin les troncs propres au cordon. Ainsi, qu'on appelle, avec Pockels, *vésicule érythroïde*, ce que je considère comme la partie rudimentaire du cordon, ce qu'il importe d'établir, c'est que son existence ne saurait être contestée.

Ces points posés, j'ai dit que, quand deux embryons se développaient sur un même chorion et assez rapprochés l'un de l'autre, leurs érythroïdes devaient se toucher, et qu'il en devait nécessairement résulter une coalescence de ces deux organes, parce que les amnios, détachés tout à la fois par les deux embryons, formaient alors un seul infundibulum commun aux deux érythroïdes, et que deux systèmes vasculaires, non limités par des surfaces membraneuses et qui se trouvaient en contact, devaient nécessairement s'unir par adhérence ; que cette circonstance ne pouvait survenir dans les cas où les embryons se détachaient du même chorion, en des points éloignés, parce qu'alors chaque érythroïde s'involvait isolément dans son infundibulum, et qu'aucune adhérence consécutive ne pouvait s'établir, puisque les deux cordons étaient limités par des surfaces exhalantes.

C'est donc la coalescence des érythroïdes, s'effectuant du chorion vers leur extrémité abdominale, qui précède et détermine celle des embryons, dans des conditions qu'il est facile d'apprécier, et sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir

ce *principe des connexions*, (G. St-Hilaire) qui devait produire le rapprochement des parties similaires.

En effet, on doit facilement concevoir que le mode de rencontre des érythroïdes déterminera celui des embryons : ainsi, si la jonction des premières a lieu par les surfaces qui répondent à la poitrine, la jonction sera sus-ombilicale; elle sera sous-ombilicale, si les érythroïdes ont adhéré par leurs surfaces inférieures; enfin on conçoit comment l'adhérence pourra devenir latérale. C'est alors que seront produits les *xiphopages*, les *ischiopages* et les *ectopages* de M. Isid. Geoffroy St-Hilaire, ceux que le docteur Serres a nommés *omphalo-dymes*, (ouvrage cité), et aux dépens desquels il a cru pouvoir établir ses *hépato-dymes* à l'aide d'explications contestables, qui ne touchent nullement à la détermination des causes premières de la jonction, et sont tout-à-fait impuissantes dans leurs efforts pour se substituer à celle que je viens d'exposer. Enfin, il est facile de saisir que, les érythroïdes ne pouvant se toucher que par deux surfaces respectives, il doit en résulter que l'ombilic devenu commun, est toujours point d'arrivée de l'adhérence, ce que prouvent tous les faits connus jusqu'à ce jour.

En faisant aux frères Siamois l'application des principes que je viens d'exposer, et qui tous sont basés sur l'observation, on est conduit à en déduire les corollaires suivants :

1° Les frères Siamois sont provenus d'un œuf à deux germes, conséquemment ils se sont développés dans un chorion commun.

2° Ils étaient fixés sur la membrane chorion en deux points très-rapprochés, et leur système vasculaire, placentaire, ou leurs érythroïdes ont dû nécessairement adhérer l'un à l'autre.

3° L'adhérence par la région sus-ombilicale a été consécutive à la réunion des érythroïdes dont la rencontre a eu lieu par leurs surfaces supérieures.

4° Cette adhérence n'a pu s'établir que pendant la période où les deux embryons étaient encore au fond de l'infundibulum

amniotique devenu commun, et avant que les amnios eussent isolément involvé chacun des embryons.

5° Si les observateurs ont bien précisé le mode d'évolution de l'embryon aux premiers momens de son existence, on doit penser que l'adhérence des frères Siamois se sera opérée du 15e au 20e jour de leur vie intra-utérine.

Quant à la question soulevée sur la possibilité de la séparation des frères Siamois, elle est pour l'art d'une haute importance, puisque de sa solution affirmative doit ressortir la nécessité de déterminer le procédé opératoire, dont l'application pourrait devenir imminente par la mort de l'un des conjoints, et pour arriver à cette solution, je pense que l'on peut s'aider des réflexions suivantes.

1° L'extension qu'ont éprouvée les points des abdomens par lesquels l'adhérence a eu lieu, et les mouvemens de torsion des deux trones l'un sur l'autre, qu'ils permettaient dans le jeune âge, à ce qu'il paraît, indiquent que l'adhérence est en grande partie celluleuse. On ne peut pas penser que les mouvements précipités auraient pu être exécutés dans le cas où il n'y aurait eu qu'une cloison formée par la confusion des deux lignes blanches.

2° La jonction des érythroïdes a dû être limitée à l'ombilic devenu commun, par l'interposition des parties sus-ombilicales adossées de l'abdomen des deux embryons. Sans cette circonstance il y aurait eu pénétration plus profonde des deux individus, l'union des érythroïdes serait prolongée à l'intérieur, les deux foies auraient adhéré l'un à l'autre, et il n'y aurait eu qu'une seule et vaste cavité abdominale.

3° Le développement normal des frères Siamois annonce que leurs vaisseaux ombilicaux ont eu une direction et un développement réguliers ; car toute déviation ou altération de l'un d'eux aurait produit une altération ou un arrêt de développement quelconque dans les parties correspondantes à ce vaisseau chez l'un des conjoints.

4° Au moment de la mise en contact des deux embryons,

les deux masses intestinales, à l'état rudimentaire, étaient encore contenues dans les érythroides, et la direction régulière des vaisseaux ombilicaux, indiquée au paragraphe précédent, doit porter à penser qu'elles ont été isolément transmises dans chaque abdomen, ce qui doit exclure toute idée de communication entre les intestins.

5° On ne peut également supposer de communication entre les deux cavités abdominales, ou mieux péritonéales ; car, ainsi que je l'ai bien positivement établi par tous les faits de monstruosité par inclusion, dans lesquels le fœtus inclus est toujours placé en dehors du péritoine, cette membrane ne recouvre l'intérieur de l'abdomen qu'après l'arrivée de l'intestin, et les raisons qui m'ont porté au paragraphe précédent à établir l'isolement des intestins, doivent avoir la même valeur par rapport aux membranes péritonéales.

C'est fondé sur les remarques qui précédent, et auxquelles on pourrait donner plus d'extension, que je ne balance pas à me prononcer pour la possibilité de séparation des frères Siamois, ainsi que Zwingler l'a pratiqué sur deux petites filles qui ont survécu (*Acta phys. med. germ.* Déc. II. ann. IX. obs. 134). Le point le plus difficile, celui qui réclamerait le plus d'attention, c'est la division de l'ombilic complexe ; c'est là seulement qu'on pourrait craindre d'arriver dans l'un ou l'autre des abdomens. Pour éviter ce grave inconvénient, je pense qu'on pourrait diviser isolément les parties supérieures de l'adhérence, attendre la cicatrisation des surfaces, et comprendre ensuite la dernière partie de l'adhérence dans une ligature médiocrement serrée, et destinée à produire d'abord l'inflammation avec exhalation gélatino-albumineuse des portions de membrane péritonéale qui pourraient être étreintes dans la ligature, puis leur réunion, et par suite l'oblitération de l'ouverture d'une des cavités avant que la section ne fût définitivement produite par la ligature.

Note sur un cas de fracture incomplète du col du fémur; par le docteur TOURNEL, *chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Cambrai, etc. etc.*

La fracture incomplète du col du fémur ne paraît point avoir été observée par les chirurgiens français. En effet, les ouvrages que nous possédons sur la pathologie chirurgicale, et en particulier, sur les maladies des os, ne font aucune mention de cette lésion curieuse, qui est probablement moins rare qu'on ne le croit. Les journaux de médecine et les recueils d'observations n'en renferment aucun exemple. Le seul travail qui ait été publié en France sur ce sujet intéressant, est la traduction d'une courte notice que le docteur Adams a lue à la Société chirurgicale d'Irlande, dans sa séance du 5 avril 1834. Cette traduction a été imprimée dans la Gazette Médicale (1835, p. 641). C'est un article général dans lequel l'auteur a décrit les symptômes et les caractères anatomiques de la fracture incomplète du col du fémur, et dans lequel il s'est livré à des considérations ingénieuses sur le mécanisme de cette fracture, mais sans rapporter aucune observation particulière. On y voit que le docteur Colles avait déjà signalé cette espèce de fracture, et que le docteur Amesbury et quelques autres en avaient parlé très-brièvement.

Le diagnostic de la fracture incomplète du col du fémur peut être considéré comme un problème dont la solution est d'un intérêt réel en pratique chirurgicale; car on peut, en pareil cas, par suite d'une méprise, presque inévitable dans l'état actuel de la science, recourir à des moyens de réduction dangereux, lorsque les accidents auraient pu céder à la position et à d'autres moyens aussi simples de traitement.

Le fait suivant prouvera la réalité de cette espèce de fracture, et jettera quelque lumière, tant sur les symptômes que sur les caractères anatomiques de cette lésion.

OBSERVATION. —Pariset, canonnier-vétéran, âgé de 85 ans, entra à l'hôpital militaire d'Ajaccio, le 1er août 1835, pour une lésion de la hanche gauche. Trois jours auparavant, étant dans un état d'ivresse, Pariset avait été renversé par un de ses camarades, également ivre, et était tombé violemment sur ses fesses. N'ayant pu se relever, malgré les efforts qu'il fit dans ce but, il fut placé dans son lit par ses camarades, qui se bornèrent à le deshabiller et ne s'en occupèrent plus. Cependant, il accusait de vives douleurs à la partie supérieure et externe de la cuisse, surtout dans les mouvements que l'on imprimait à son corps pour le changer de position, ou pour qu'il pût satisfaire à ses besoins. Il ne pouvait faire exécuter aucun mouvement au membre abdominal gauche. On se décida alors à le transporter à l'hôpital.

Au moment de son entrée, le malade présentait les symptômes suivants : les parties molles qui entourent l'articulation coxo-fémorale du côté gauche, étaient le siège d'un gonflement considérable. Le malade éprouvait à la partie supérieure de la cuisse, une douleur très-vive, qui s'exaspérait toutes les fois qu'on voulait faire exécuter quelque mouvement à ce membre, que le malade ne pouvait élever par un mouvement de totalité. Il n'y avait point de raccourcissement; le genou, légèrement fléchi, était tourné en dehors, ainsi que la pointe du pied. La plus légère extension remettait le pied dans sa rectitude naturelle qu'il conservait ; si après avoir placé une main sur le grand trochanter, je faisais avec l'autre main tourner la cuisse sur son axe, le grand trochanter décrivait un arc de cercle comme dans l'état normal. Les mouvements de rotation que j'imprimai avec une grande réserve, ne firent pas entendre la moindre crépitation. Le pouls était faible et sans fréquence; le visage était décoloré, le malade était abattu. L'exploration du membre malade ne m'ayant fait reconnaître aucun des signes des luxations de la cuisse, je pensai que j'avais à traiter une fracture intra-capsulaire et sans déplacement, du col du fémur. En conséquence, après avoir fait pratiquer l'extension et la contre-extension, je plaçai le membre dans l'appareil à extension permanente de Desault. Les pièces de l'appareil furent imbibées d'une décoction émolliente légèrement alcoolisée. Un infirmier placé à demeure à côté du lit, fut chargé d'entretenir l'humidité. L'appareil fut maintenu par cinq rubans de fil, et resta en place pendant douze jours. Pendant tout ce temps, le malade n'accusa qu'une légère douleur. Après ces douze jours, le membre dégagé de l'appareil, avait conservé sa forme, sa longueur et sa direction naturelles. Seulement, le pli de l'aine restait tuméfié et douloureux au toucher.

Malgré l'incertitude du diagnostic, je crus devoir, pour plus de sureté, continuer l'emploi des mêmes moyens. En conséquence, l'appareil fut appliqué de nouveau et laissé en place pendant seize jours. Au bout de ce temps, je trouvai le membre, pour ainsi dire, dans l'état normal. Les douleurs de l'aine avaient considérablement diminué, malgré la présence d'une tuméfaction érysipélateuse qui avait envahi toute la partie supérieure, antérieure et externe de la cuisse. Divers mouvements imprimés au membre ne causèrent que peu de douleur.

Un nouvel examen me fit penser que je n'avais eu à traiter qu'une forte contusion et non une fracture du col. Je m'empressai dès lors de supprimer l'extension permanente, qui devenait de jour en jour plus intolérable, à cause des escharres profondes survenues à la région sacrée et à la région lombaire près des articulations des fausses côtes. Un traversin mince fut placé entre les deux cuisses, et les deux jambes furent tenues jointes ensemble par quelques tours de bande, de telle sorte que le membre sain me servait d'atelle. Les escharres furent recouvertes avec des plumasseaux enduits d'un digestif animé. Chaque jour à la visite, le membre était examiné. La tuméfaction érysipélateuse qui s'était exaspérée sous l'influence des cataplasmes émollients, se dissipa progressivement par l'emploi de la fleur de farine. Le malade, quoique impatient par moments, reprit sa gaité ordinaire.

Il y avait environ quinze jours qu'il était dans cette position, lorsque je m'aperçus que la pointe du pied était tournée en dehors; que le membre avait subi un raccourcissement plus considérable et que la cuisse était légèment arquée à sa partie supérieure. Étonné de ce nouvel accident, que je ne pouvais attribuer qu'à un mouvement brusque que le malade aurait fait dans un moment d'impatience, je cherchai à ramener la pointe du pied, et il me fut facile de donner au membre sa direction naturelle. Dès lors, le diagnostic cessa d'être incertain pour moi. Je fus convaincu que j'avais à soigner une fracture intra-capsulaire du col du fémur. Ne pouvant remettre le membre dans l'extension permanente, à cause des ulcérations profondes du sacrum, je me déterminai à le placer sur un double plan incliné. Cette nouvelle position remplissait toutes les indications, et me facilitait les pansements des escharres. Peu de temps après, cessation complète des douleurs et disparition totale de la tuméfaction de la cuisse. En agissant ainsi, j'avais pour but d'obtenir la consolidation avec le moins de raccourcissement possible, et d'éviter une fausse articulation.

Dans le courant du mois de septembre, le malade fut atteint d'une

fièvre intermittente pernicieuse, qui régnait alors épidémiquement. Le sulfate de quinine, à forte dose, prévint le troisième accès qui sans aucun doute aurait été mortel. Quelques jours après, étant en pleine convalescence, il fut pris tout-à-coup de diarrhée avec coliques et fièvre. Ces nouveaux symptômes cédèrent en trois ou quatre jours, à un traitement approprié.

Vers la fin du mois d'octobre, supposant que le cal était suffisamment solide, j'abandonnai tout-à-fait le membre, qui fut seulement placé sur un coussin horisontalement.

En novembre, nouveaux frissons; retour de la diarrhée; aggravation progressive des symptômes, jusqu'au 16 du même mois, époque de la mort, après trois mois et demi de séjour à l'hôpital.

Autopsie cadavérique. — Il existait une fracture incomplète, à la fois intra et extra-capsulaire du col du fémur. La fracture avait son siège entre la base du col et l'éminence trochantérienne. Elle constituait une longue crevasse, dont la partie supérieure correspondait à la dépression digitale située en dedans du trochanter, et donnait lieu à deux fentes, dont l'une était antérieure et l'autre postérieure. La fente antérieure, partant de la dépression digitale, descendait obliquement de dehors en dedans, venait se placer au côté externe de la ligne raboteuse qui s'étend du grand au petit trochanter, et se terminait un peu au-dessous du niveau de ce dernier. La fente postérieure partant du même point, descendait aussi obliquement de dehors en dedans, passait au côté externe du petit trochanter et se terminait à la même hauteur que la fente antérieure. Comme on le voit, la partie supérieure de la fracture était intra-capsulaire, et sa partie inférieure était située en dehors de la capsule de l'articulation. Le fragment interne était constitué par la tête et le col, plus les fibres osseuses qui, naissant du bord inférieur du col, vont former le bord interne du corps du fémur. Le fragment externe était composé par le grand trochanter et la presque totalité du corps de l'os. Le petit trochanter était sur le fragment interne. Les fibres osseuses indiquées ci-dessus, résistant à la cause fracturante, avaient conservé seules la continuité de l'os et empêché que le col ne fût complètement séparé, à sa base, du grand trochanter et du corps de l'os. Les surfaces de la fracture n'étaient point en contact immédiat. A la partie supérieure, une substance osseuse, rougeâtre, était interposée entre les fragments. Le cal formé par cette matière était assez solide pour maintenir les deux fragments réunis. La pièce anatomique a été conservée à l'hôpital militaire d'Ajaccio.

Une circonstance remarquable de l'observation qui précède,

ce sont les changements qui se sont opérés au bout d'un certain temps, dans l'état du membre malade. Cette circonstance a été signalée par le docteur Adams, qui l'explique tant par l'action des puissances musculaires, que par une absorption interstitielle du tissu osseux. Mais ce chirurgien, dans son intéressante notice, ne parle que de la fracture incomplète, ayant son siége au bord inférieur du col fémoral, et dans laquelle les fibres supérieures du col ont conservé leur continuité. Chez le canonnier Pariset, c'était tout le contraire, les fibres osseuses supérieures avaient été rompues, tandis que les fibres qui du bord inférieur du col, se rendent au bord interne du fémur et à la ligne âpre, étaient restées intactes, et avaient empêché les deux fragments de se séparer complétement.

REVUE GÉNÉRALE.

Pathologie.

TUMEUR DES MÉNINGES; *par M. Durand Fardel.* — Nous avons rapporté dans les *Archives* (juillet 1835) une observation très curieuse du docteur Balfour. Le fait suivant s'en rapproche par beaucoup de points.

Frontin Adolphe, âgé de 20 ans, d'un tempérament lymphatique, imprimeur, s'est bien porté jusqu'à l'âge de 14 ans. Alors il est devenu sujet à des rhumes fréquents sans crachement de sang, à des maux de tête violents, enfin à des hémorrhagies nasales abondantes qui ont cessé depuis 18 mois. Il y a quatre mois surdité subite du côté gauche, puis du côté droit; deux mois après perte de la vue du côté droit; puis du côté gauche, il y a un mois. Des saignées, des sangsues, un séton à la nuque n'ont amené aucun résultat. Il entre à l'infirmerie de Bicêtre le 1er mars 1836 dans l'état suivant : Décubitus dorsal. Face très-pâle, un peu bouffie, d'un blanc mat ainsi que toute la peau; les mains et les pieds sont très-œdémateux, point d'expression, yeux ouverts, immobiles ainsi que les pupilles qui sont très-dilatées. Cécité complète. Le malade

entend un peu lorsqu'on élève fortement la voix à son oreille. Mouvements et intelligence bien conservés.

Les fonctions digestives paraissent en bon état, respiration fréquente. Matité des deux côtés en arrière et en bas. Au même niveau, souffle bruyant, résonnance de la voix; les crachats contiennent du sang en nature, pas de signes de tubercules; pouls peu développé, à 122. On supprime le séton. Les jours suivants le malade s'affaisse; la parole s'embarrasse, la surdité semble devenir plus complète; la soif et l'appétit sont très-vifs; il survient un peu de dévoiement, cependant l'hémoptysie augmente. Mort dans la nuit du 4 au 5 mars. *Autopsie.* Os du crâne très-durs, cuir chevelu très-infiltré. Il y a peu d'adhérences entre la dure-mère et les os. On trouve sur sa face interne au niveau du lobe postérieur de l'hémisphère droit, trois ou quatre lignes au-dessus de la tente du cervelet, une tumeur d'à peu près trois pouces de diamètre, bosselée, dure offrant l'aspect d'une tumeur encéphaloïde mais d'une couleur vert pomme très-foncée, et placée entre la dure-mère et l'arachnoïde qui n'offrent aucune altération. Une tumeur analogue grosse comme une petite noix adhère à l'apophyse crista-galli sur laquelle elle est placée. Le cerveau présente une assez grande dureté, et n'offre d'autre altération au niveau des tumeurs décrites qu'une impression très-superficielle. *Tous les nerfs* sont parfaitement sains.

On trouve dans les conduits auditifs externes une matière verte, semblable à celle des méninges, contenue entre la membrane du conduit très-épaissie et l'os, en faisant presque le tour du conduit sans l'oblitérer. La caisse du tympan est remplie d'une matière semblable, l'oreille est intacte. Les deux plèvres contiennent de la sérosité et offrent des adhérences. Les deux poumons sont fortement engoués à leur partie postérieure et inférieure, et ne présentent pas de tubercules; mais à la racine du poumon droit, il existe une cavité du volume d'une noix, sans communication avec les bronches, contenant une matière épaisse homogène, semblable à du pus bien lié, mais d'un vert tout semblable à celui des tumeurs décrites. Les parois de cette cavité ne sont point tapissées de fausses membranes, et un filet d'eau projeté sur elles détruit la substance pulmonaire qui est dans une certaine étendue infiltrée du même liquide vert. Il existe encore des tumeurs de même couleur dans la rate et dans le tissu cellulaire qui environne le rectum. La tumeur du rectum dure et résistante est cependant vasculaire : soumise à l'analyse, elle donne une grande quantité de gélatine et un peu de fibrine. Rien à noter dans les autres organes.

(*Bulletin de la Société anatomique*, *août* 1836.)

Dénudation du cœur, par l'effet d'une escharre qui a détruit la paroi thoracique.—M.e J.., maigre, nerveuse, très-active, était atteinte d'une tumeur squirrheuse au sein gauche. Un empirique lui promit une guérison rapide par l'emploi d'un caustique arsenical, qui produisit des désordres effrayants. M. Montain vit la malade avec M. le docteur Parat. L'escharre comprenait toute l'épaisseur des parois de la poitrine; deux portions des sixième et septième côtes, se séparèrent au niveau de la pointe du cœur. La plèvre fut ouverte; une lame du péricarde se détacha, et le cœur parut à nu, à travers cette large ouverture. A l'aide de bandages et d'agglutinatifs, M. Montain ramena la peau voisine sur l'ouverture, et parvint à couvrir le cœur dont on avait vu et touché les battements, sans y provoquer de douleurs. Dans le principe, à chaque pansement, les mouvements de la respiration et les secousses de l'expectoration faisaient jaillir à travers la plaie, une assez grande quantité de sérosité. La cicatrisation fut cependant obtenue, et se soutint jusqu'à la mort, qui eut lieu huit ou dix mois après la guérison, par l'imprudence de la malade. Elle éleva brusquement le bras qu'on lui avait recommandé de tenir rapproché de la poitrine; la cicatrice se déchira, et une hémorrhagie avec épanchement termina rapidement ses jours. (*Gazette médic.*, 1837), nº 5).

Il est à regretter que cette observation renferme aussi peu de détails, surtout en ce qui concerne l'accident qui mit fin aux jours de la malade. Telle qu'elle est, on peut la rapprocher des observations célèbres de Galien, Hervey, Richerand, dans lesquelles le cœur était ou paraissait aussi à nu. Comme dans l'observation de M. Richerand, la sensibilité de l'organe était peu vive, et ses fonctions peu altérées.

Observation de morve communiquée a l'homme; *par Andrew Brown.*—Le caporal John Wells, âgé de 38 ans, grand, bien fait, d'une belle complexion et offrant toutes les apparences d'une bonne santé, n'avait jamais été malade, depuis plus de dix-neuf ans qu'il était à l'armée. Le 16 avril 1829, il se réveilla brusquement d'un sommeil fatiguant, avec des frissons, de la céphalalgie et de l'irritabilité d'estomac. Ces symptômes persistèrent sans diminution jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital qui eut lieu le lendemain matin. Il accusait en outre, dans toutes les grosses articulations, de la raideur et de vives douleurs continues, qui s'exaspéraient au plus léger mouvement. Ces symptômes sont précisément ceux qui, chez le cheval, annoncent constamment l'invasion d'une morve aigüe intense, compliquée de farcin. Dans tous les cas qui dé-

butent ainsi, la mort arrive rapidement et d'une manière inévitable. Le malade était en proie à un grand abattement d'esprit, à de l'agitation, et à un trouble général de toutes ses fonctions, qu'il ne pouvait rapporter à aucune cause particulière. On apprit toutefois que depuis quelque temps, il était chargé du soin d'un cheval morveux qui avait été détruit le soir même du jour où il avait senti les premières atteintes de sa maladie; qu'il l'avait dépouillé, et qu'il s'était assez fatigué pour séparer son squelette et l'enterrer. Mais ces circonstances ne firent pas naître alors le moindre soupçon. Sa maladie fut considérée comme un cas de rhumatisme aigu très-intense, et traitée comme telle. Cependant, dans la matinée du 19, deux jours après l'entrée du malade, voyant que la violence des douleurs ne faisait que croître malgré l'emploi des moyens les plus actifs, et qu'il ne pourrait pas les supporter plus long-temps, le docteur Home et moi, nous conçûmes de véritables alarmes, et, bien que la maladie fût loin encore d'être ancienne, nous formâmes un pronostic très-fâcheux, en nous appuyant sur la violence indomptable du mal, et sur la nouveauté de son aspect.

A partir de cette époque, la douleur générale et permanente, qui se faisait sentir nuit et jour, devint de plus en plus intense. Elle se faisait sentir particulièrement sur l'épaule gauche. L'omoplate de ce côté, était légèrement tuméfiée, mais non enflammé. La température de cette partie se trouvant au-dessus du degré normal, on appliqua des sangsues sur toute la surface de cet os. Les piqûres saignèrent abondamment pendant quelques heures, sans apporter aucun soulagement. Bientôt après, la partie devint dure, ecchymosée et insensible au toucher.

La violence des douleurs ne diminua point. Le 24, au matin, septième jour de l'entrée, la tumeur de l'omoplate avait pris une couleur noire, livide; sa grosseur avait beaucoup augmenté, et elle donnait à l'épaule une forte ressemblance avec l'épaule d'un homme qui vient de subir une vigoureuse flagellation.

On observa alors des tumeurs semblables, mais plus circonscrites sur les jambes, les bras et le sacrum. Il en existait une considérable sur la tempe gauche; toute la face en était déformée. L'œil paraissait diminué de grandeur, et plein d'humeur; les paupières étaient tuméfiées. La paupière inférieure offrait un repli saillant; la conjonctive et la caroncule lacrymale étaient pâles et infiltrées. La peau et le tissu cellulaire recouvrant toutes ces tumeurs, devinrent comme pour la tumeur de l'épaule, durs, insensibles, et d'une couleur de chocolat, tirant sur le noir; ce qui

nous démontra que l'application des sangsues n'avait point été la cause de cet aspect dans la tumeur de l'épaule, ainsi que nous l'avions crû d'abord. La narine droite était contractée et remplie par une matière épaisse. Le malade accusait une constriction du gosier, accompagnée de difficulté pour avaler les liquides froids, mais non les liquides chauds. Le pharynx était très-enflammé, et offrait presque la même teinte que les tumeurs de la surface du corps. Toutes ces tumeurs suivirent une gradation régulière dans leur développement. Elles se montrèrent l'une après l'autre, et s'annoncèrent d'abord par une bouffissure de la peau et du tissu cellulaire, avec altération de la couleur; leur siége était très-rapproché de l'os. Au bout de douze à quinze heures, leur surface entière se recouvrait d'une teinte de vermillon foncé, qui passait rapidement au brun-noirâtre. Les téguments devenaient alors épais et calleux, et se couvraient de fissures ou crevasses superficielles, d'où il s'écoulait une sanie claire, âcre, corrosive. Ces tumeurs avaient fait ainsi régulièrement leur apparition, sans qu'elles fussent suivies de la plus légère diminution dans les souffrances générales, qui résistaient à tous les efforts que l'on tentait pour procurer du sommeil ou du repos au malade; celui-ci n'avait pas eu un instant de rémission, même dans le bain.

Depuis le début, la soif était vive, la langue était salé. Le pouls varia de 88 à 96, fut plein, mais facilement compressible. Le sang qui avait été tiré au commencement de la maladie, parut très-affaibli (*attenuated*), couenneux et privé de son principe coagulable. Les intestins furent maintenus libres très-facilement, et les excrétions, tant alvines qu'urinaires, présentèrent constamment un aspect naturel, ce qui prouva que les voies digestives étaient dans leur état normal.

Le 28, onzième jour du traitement, il s'éleva dans diverses parties du corps, plusieurs pustules distinctes, verruqueuses, dépassant de beaucoup la surface de la peau, et se présentant surtout en grand nombre et plus volumineuses sur le côté droit du cou, sur les épaules, et sur la face interne des bras et des cuisses.

Plusieurs des tumeurs décrites ci-dessus, mais particulièrement celle de l'épaule, se gangrénèrent rapidement. Cet accident ne put être empêché le moins du monde par l'administration abondante des toniques et des antiseptiques. Le pouls devint presque imperceptible; la face était livide, les yeux hagards; le corps entier était couvert d'une sueur froide et visqueuse, et offrait une teinte plombée. Le malade tomba dans un état de somnolence et de

sub délirium, et mourut le 30, au matin, après 12 jours de traitement à l'hôpital.

Autopsie — La surface entière du corps présentait la difformité la plus hideuse à voir; il était extrêmement émacié, et presque entièrement couvert de tumeurs noires, gangréneuses, de diverses grosseurs, entourées d'un grand nombre de petites vésicules de la grosseur d'un pois, qui, au premier coup d'œil, ressemblaient à la pustule appelée *yaw*. Mais en les incisant, on vit qu'elles étaient constituées par de simples élévations de l'épiderme remplies par une lymphe de couleur violette, épaissie. Les vaisseaux absorbants de chaque bras furent examinés avec soin, jusqu'à leur terminaison dans les glandes axillaires. Les vaisseaux et les glandes furent trouvés dans leur état naturel. On ne trouva d'ailleurs sur les bras et les mains, aucune trace de lésion de la peau par où l'absorption de la matière morbide eût pu s'effectuer.

On procéda ensuite à l'examen de la tête. En incisant la tumeur de la tempe gauche, on trouva au-dessus du rebord sourcilier du côté gauche, un amas de corps tuberculeux de diverses grosseurs, engagés dans les lamelles du tissu cellulaire, situé à l'extérieur du péricrane.

M. Woodmann, chirurgien vétérinaire très-distingué, n'hésita point à trouver une grande ressemblance entre ces tubercules et ceux que l'on trouve habituellement dans la membrane qui tapisse les fosses nasales, chez les chevaux morveux.

Le cerveau était plus pâle et plus mou qu'à l'ordinaire; les ventricules contenaient une assez grande quantité de sérosité. Mais après avoir enlevé, avec la scie, la portion du crâne qui est située entre les orbites, on put observer la membrane schneidérienne tapissant les sinus frontaux et les conduits de communication jusque dans l'intérieur des cellules ethmoïdiennes, épaissie et infiltrée dans toute son étendue; de plus, on trouva dans le sinus frontal droit un autre amas de ces corps considérés par M. Woodman, comme des tubercules ulcérés, bien définis, exactement semblables à ceux qu'on trouve dans la membrane muqueuse des sinus frontaux et des autres cavités de la tête, chez les chevaux morts d'une morve aiguë.

L'arrière-bouche était violemment enflammée, d'une couleur pourpre foncé. A la surface de l'amygdale droite, il y avait quatre ou cinq ulcérations de même nature que celles indiquées ci-dessus. Les viscères thoraciques et abdominaux parurent très-sains, si ce n'est que le tissu du cœur pouvait être considéré comme plus pâle et plus flasque qu'à l'ordinaire.

Nous reprîmes alors l'examen du tronc. Une tumeur volumineuse, dure, cancériforme, s'étendait en arrière sur la région scapulaire, et descendait jusque sur le grand dentelé et sur le très-large du dos. La partie la plus saillante de cette tumeur ne s'était ouverte que peu de temps avant la mort, et il en sortait une sanie ichoreuse, claire et très-fétide. Cette tumeur ayant été incisée jusqu'à l'os, les muscles parurent entièrement désorganisés, de la couleur du foie, mais plus foncés, exhalant une odeur fétide particulière, semblable à celle que produit la carie, offrant dans divers points, de la matière purulente dont ils étaient comme infiltrés, et ressemblant beaucoup à un poumon hépatisé ou tuberculeux. Cette masse morbide ayant été séparée de l'os, on trouva le scapulum presque entièrement recouvert par un amas de tubercules gris, arrondis, composés de tissu cellulaire fin, enveloppé dans de petits kystes, et solidement attachés au périoste, différant seulement par cette dernière circonstance, de ceux qui avaient été observés dans le péricrâne.

Les tumeurs du sacrum et des membres furent examinées isolément, et présentèrent les mêmes caractères. Toutes recouvraient une agglomération de tubercules adhérents au périoste, et variant pour la grosseur et la consistance, suivant l'étendue et l'ancienneté de la tumeur.

Les muscles, même ceux qui étaient le plus éloignés des tumeurs, parurent généralement pâles et flasques; leurs fibres étaient ramollies, et leur tissu cellulaire était infiltré de sérosité jaune : en un mot, tout le corps portait plus ou moins l'empreinte de la maladie. (*The Dublin Journal*, 1837 nº 32.)

Pathologie et Thérapeutique chirurgicales.

HERNIES ÉTRANGLÉES; *par le docteur G. Goyrand, d'Aix.*— Dans ce travail M. Goyrand rapporte six observations de hernies étranglées qui ont nécessité le débridement. Les deux premières ont été observées chez des enfans en bas âge (4 mois et 6 mois); et sont remarquables surtout par la rareté d'un pareil accident à cette époque de la vie. Le deuxième opéré succomba après l'opération à d'abondantes évacuations. Sa hernie n'était pas congéniale. — M. Goyrand rapporte ensuite une observation de hernie crurale étranglée depuis treize jours, dans laquelle l'un des bouts de l'anse intestinale avait été coupé par le bord du repli falciforme de l'aponévrose fascia lata. Déjà il avait eu l'occasion d'observer un pareil accident dans une hernie inguino-interstitielle qui s'était faite à travers une ouverture du fascia transversalis.—M. Goyrand

s'élève à ce propos contre le taxis forcé, et reproduit la plupart des arguments qui ont été opposés à si juste titre à cette manœuvre.

Chez l'un des enfants dont nous avons déjà parlé, chez un autre opéré dont il sera question plus loin la hernie se reproduisit après la kélotomie ; M. Goyrand rapporte un troisième cas où cette reproduction ayant eu lieu, il put examiner les parties quatre ans après l'opération, la malade ayant succombé à la rupture d'un anévrysme de l'aorte thoracique.

Il s'agissait, lors de l'opération, d'un entéro-épiplocèle crurale. L'épiploon, par suite de la marche de la maladie, était devenu la base de la cicatrice au niveau de l'anneau crural. Cependant trois mois après la guérison de la plaie la hernie s'était reproduite aussi volumineuse qu'avant. A l'autopsie on trouva que la hernie se réduisait facilement et en totalité. La cicatrice cutanée de la plaie était très-mobile sur les tissus sous-jacents et n'avait conservé aucune adhérence avec celle du péritoine. Le sac présentait à l'intérieur tout l'aspect du péritoine. L'extrémité inférieure de l'épiploon s'engageait dans le sac, et adhérait à sa partie supérieure. Le sac fut détaché des parties environnantes sans plus de difficulté que si c'eût été le sac d'une hernie primitive. La cicatrice était masquée par l'adhérence de l'épiploon. C'était donc le péritoine pelvien qui s'était déplacé pour former *un nouveau sac*. M. Goyrand conclut de ces faits que le procédé de Stevens pour la cure radicale des hernies est à peu près inutile. On sait que ce procédé consiste à retenir dans le sac une portion d'épiploon et à la pelotonner sur l'ouverture de manière à en former une espèce de bouchon. Si, dit M. Goyrand, on a cru à la guérison radicale, soit après l'emploi de ce procédé, soit après l'opération ordinaire, c'est que dans les premiers temps qui suivent la cicatrisation, les tissus qui remplissent l'ouverture herniaire sont encore durs et résistent à l'impulsion des viscères, plus tard quand ils ont repris leur souplesse, l'ouverture ne présente plus aucune résistance.

Quant aux deux autres observations, elles sont assez importantes pour que nous croyions devoir en donner un extrait.

1° *Hernie scrotale en bissac. — Double étranglement. — Passage de la hernie à travers le cordon dont les éléments sont épanouis sur la face antérieure du sac. — Epiploon derrière l'intestin.* — Un homme âgé de 36 ans était atteint depuis 15 ans, d'une hernie qu'il maintenait à l'aide d'un bandage; elle n'était pas sortie depuis 7 ans. Un effort la fit sortir le 12 novembre au soir. Un chirurgien ne put la réduire. Le lendemain M. Goyrand trouva le scrotum du côté droit, distendu par une tumeur de plus de six pouces de longueur, très-dure, très-douloureuse et divisée en deux parties par un rétrécissement circulaire situé à deux pouces au-dessous de l'anneau. Le testicule droit est situé au-devant de la partie inférieure

de la tumeur ; le gauche, atrophié par suite d'un ancien engorgement, est réduit au volume d'un haricot. Ecchymoses à la partie supérieure de la tumeur ; ventre souple, coliques, constipation nauzées, pouls développé, voix forte. Le taxis occasionne des douleurs intolérables. Saignée au bras, 30 sangsues à l'anus, eau froide sur la tumeur, situation élevée du bassin. De nouvelles tentatives sont également sans succès. L'opération est pratiquée. « Je divise avec précaution la peau et les couches sous-cutanées. Arrivé sur le sac, je trouve le testicule et la partie inférieure du cordon spermatique au-devant de cette poche. Les éléments du cordon, au lieu d'être réunis en faisceau, divergent en s'élevant vers l'anneau ; les vaisseaux sanguins se portent en dehors, le canal déférent en dedans et contournant la hernie, vont se rejoindre derrière le collet du sac. J'incise le sac avec précaution et j'arrive sur une anse d'intestin grêle d'un brun foncé. La hernie est sèche. Je cherche à dégager l'intestin, que je trouve retenu par sa partie inférieure, dans une seconde cavité située derrière le testicule ; je glisse l'extrémité du doigt dans cette cavité inférieure et je débride en avant un rétrécissement valvulaire qui divise le sac en deux cavités et étrangle la partie inférieure de l'anse intestinale. J'espère alors dégager, une portion d'intestin presque noire mais rénitente, contenue dans la cavité inférieure ; derrière l'intestin est une grande masse d'épiploon. L'anneau inguinal étreint fortement la racine de la hernie. Je le débride, le réduis après m'être assuré que l'intestin est sain. La masse épiploique étant adhérente en un grand nombre de points et ecchymosée, je traverse d'un double de ruban de fil la partie supérieure de son pédicule qui est très-vasculaire, je lie séparément les deux côtés de ce pédicule que je coupe au-dessous des ligatures, et je détache ensuite la masse d'épiploon du sac et je lie deux artères ; une troisième est tordue ; deux points de suture servent à retenir la plaie qui laissait le testicule à nu, le reste est pansé à plat ; aucun accident ; une selle 24 heures après l'opération. Le vingt-cinquième jour, guérison complète. — Depuis la hernie s'est reproduite et on la maintient par un bandage.

2° *Hernie de la ligne blanche étranglée. Opération. — Guérison.* — Madame M...., âgée de 72 ans, était constipée depuis long-temps par le fait d'un séjour au lit nécessité par des fractures de la jambe et du radius. Depuis 50 ans, elle portait une hernie de la ligne blanche à un pouce au dessous de l'ombilic. Les efforts répétés qu'elle était obligée de faire de faire pour aller à la selle déterminèrent à diverses reprises la sortie et l'étranglement de sa tumeur. Enfin, une dernière fois, le 8 mai, M. Goyrand ne put la réduire ; des vomissements fréquents, des nausées, l'absence des selles, le pouls fort, dur, était le cortège d'accidents qui résista aux lavements purgatifs de tabac, aux saignées du bras, etc. Aussi malgré la *mollesse et l'indolence* de la tumeur, M. Goyrand crut-il devoir opérer le 9 au soir. D'abord il eut l'intention de débrider sans ouvrir le sac, mais apercevant à travers la transparence de celui-ci, une couleur brunâtre, il craignit que l'intestin ne fût trop altéré et il incisa complètement les enveloppes. La tumeur était constituée par un anse intestinale d'environ 4 pouces de longueur, *vide et affaissée*

mais non gangrenée. Le sac contenait de la sérosité noirâtre; il n'y avait pas d'épiploon dans la hernie. L'étranglement quoique très-serré permit d'attirer au dehors l'intestin, puis de le réduire dès qu'on eût débridé dans l'étendue d'une ligne et demie. M. Goyrand insiste à ce sujet sur le peu d'étendue qu'il est nécessaire de donner au débridement, et sur l'inutilité des débridements multiples, à moins que la tumeur ne soit très-volumineuse.

Ce fait est des plus remarquables; on sait en effet quelle est la gravité de la kélotomie dans les hernies de la ligne blanche; à peine trouve-t-on quelques exemples de succès. Il montre également la nécessité d'opérer de bonne heure sans se laisser tromper par le peu d'intensité des symptômes locaux. Un jour de plus, peut-être, la hernie était gangrenée. (*Presse médicale*, 1837, nº 23, 24.)

Anévrysme de l'artère crurale, *d'un volume remarquable, opéré avec succès*, par le docteur Klingsohr de Graudenz.—Le soldat polonais Ruttkowski, âgé de 39 ans, fut admis le 7 juillet à l'hôpital de Graudenz pour être traité d'une tumeur qu'il portait à la surface interne de la cuisse droite; pendant les deux premiers jours, on ne sentit aucune pulsation dans la tumeur et l'on se contenta de faire des frictions avec de l'onguent mercuriel mêlé à un liniment ammoniacal. Mais le troisième jour au matin on sentit dans la tumeur des battements évidents. On comprima l'artère crurale à sa sortie de l'abdomen, et non seulement les battements cessèrent mais encore la tumeur disparut presqu'entièrement. Pendant les deux ou trois jours suivants, elle grossit considérablement, au point que huit jours après l'entrée du malade à l'hôpital, elle avait trois pouces et demi d'élévation et occupait toute la cuisse jusqu'à la distance de trois pouces et demi de l'arcade crurale. Lorsque la tumeur eut acquis ce volume énorme, ses battements cessèrent peu à peu et il se forma à la partie la plus élevée une tache d'un bleu noirâtre. Le malade se plaignait en outre d'une douleur très-vive dans tout le membre. L'opération ayant paru urgente, elle fut pratiquée le 15 juillet.

Le malade ayant été mis dans une position convenable, le docteur Klingsohr chercha à s'assurer du trajet de l'artère crurale; il ne put la suivre que dans l'espace de trois pouces à cause du volume de la tumeur; puis il fit à la peau un pli assez grand pour pouvoir faire dans le trajet de l'artère une incision de trois pouces. Pour arriver à l'artère, il fut obligé, non pas de renverser le bord interne du muscle couturier, mais bien son bord externe sous lequel elle se trouvait avec la veine et le nerf crural au milieu d'un tissu cellulaire épais. L'artère ayant été dénudée dans l'espace de deux pouces, elle fut soulevée à l'aide d'un crochet, et on passa une ligature au-dessous et une deuxième ligature d'attente au-dessus; puis la plaie fut réunie à l'aide de quelques bandelettes de diachylum. L'opération dura une demi-heure, et la perte de sang ne dépassa pas quelques onces. Après l'opération il s'établit une fièvre traumatique très-légère, et le malade ressentit quelques fourmillements dans le membre, sans que sa chaleur normale diminuât, la tumeur décrut avec la même rapidité avec laquelle elle

avait grossi, jusqu'à ce qu'elle n'eût plus que trois pouces de diamètre. Le quatorzième jour la dernière ligature fut entraînée par le pus et dès lors la cicatrisation marcha rapidement. Pour faciliter la résolution du coagulum sanguin, on fit des frictions avec du mercure et un liniment ammoniacal; au bout de deux mois Ruttkowsky put rentrer au régiment.

Ce cas est remarquable par le volume de la tumeur qui avait atteint la grosseur de la tête d'un enfant, occupait la surface interne et externe de la cuisse jusqu'à la distance de trois pouces et demi de la région inguinale, et menaçait de se rompre. La rapidité avec laquelle la tumeur a grossi, prouve que les tuniques artérielles élargies dans le commencement, ont dû se rompre, et qu'il a dû se faire un épanchement de sang dans le tissu cellulaire environnant.

(*Journal der chirurgie und augenheilkunde von Graefe und Walther*. 1836, 24e vol. 4e cahier).

Régénération d'une portion de nez entièrement séparée; *obs. par le docteur Hoffacker.* —Le 14 juillet 1831, M. N. eut une portion du nez de (15 lignes de longueur sur 11 lignes de largeur) emportée par un instrument tranchant. Le morceau fut ramassé par un assistant et remis au chirurgien; celui-ci s'occupa d'abord d'arrêter par l'application de l'eau froide, le sang qui jaillissait par trois artères dont une exigea une ligature; puis, après avoir ramené le fil par la narine gauche, il appliqua la portion détachée et l'assujettit par treize points de suture placés avec soin et intéressant toute l'épaisseur (le cartilage compris) des deux bords de la section. La partie malade étant nettoyée, le morceau qui avait été détaché, présentant tout-à-fait l'aspect de la peau d'un cadavre, quelques bandelettes agglutinatives furent appliquées par dessus et le malade laissé en repos. Le soir, le bout du nez était chaud comme le reste du visage; son volume un peu augmenté, et la peau d'une teinte rouge bleuâtre. Le 15 au soir, l'emplâtre agglutinatif fut enlevé, toute la surface fut lavée avec du vinaigre tiède; le morceau était fixé solidement, d'un rouge foncé, et d'une bonne température; les points de suture trop serrés par suite du gonflement, furent coupés, et le nez lotionné toutes les demi-heures avec du vinaigre ordinaire, et plus tard avec du vinaigre aromatique, toutes les heures. Le 16, sur la portion du nez située au-dessus de la ligature, se montra une petite vésicule renfermant un liquide brûnâtre, et à la pointe; une petite surface présente un aspect annonçant la mortification. L'ampoule fut ouverte, lotionnée avec du vinaigre, et il ne s'en forma plus. Le 21, la ligature se détacha sous une légère traction; la pointe du nez frappée de mort dans une étendue de deux lignes, se détacha, et laissa voir une surface nette, granulée. Le 28, la cicatrice était opérée supérieurement et à gauche; il y avait encore de la suppuration à l'endroit où avait été placée la ligature. Le 2 août, la suppuration ayant tari en ce point, les bords de la plaie furent rafraîchis, rapprochés par des bandelettes, le 5 ils

étaient recollés ; mais la cicatrice s'étant rompue le 17, le malade fut laissé en repos jusqu'au 20; le chirurgien rafraîchit alors de nouveau les deux bords en en détachant une lanière mince à l'aide des ciseaux, et la réunit par des points de suture et des bandelettes. Le 22, la cicatrice était solide, et le malade complètement guéri.

A la suite de cette observation, l'auteur en rapporte trois autres assez semblables, dans lesquelles une portion du nez fut réappliquée, dans un cas, une demi-heure, et dans les deux autres, 45 minutes après avoir été détachée entièrement, et se cicatrisa avec un succès complet. Il en conclut que les parties séparées du corps perdent leur vitalité beaucoup moins vite qu'on ne le croit communément, qu'elles la conservent peut-être même pendant plusieurs heures, et que la cicatrisation n'en est que plus facile au bout d'un certain temps. En effet, dans les premiers moments, la surface saignante de ces parties est grippée, contractée, ce qui empêche leur parfaite juxta-position, et l'afflux des liquides dans leurs vaisseaux. D'un autre côté, le sang qui mouille la plaie, agit également d'une manière désavantageuse. Si au contraire l'on attend le moment favorable où le suintement sanguin s'arrête, et où celui de la lymphe coagulable commence, la guérison est beaucoup plus facile.

Hydropisie du sinus maxillaire. — J. Prout, âgée de 27 ans, d'une bonne santé habituelle, s'aperçut il y a deux ans environ, d'une petite tumeur de la grosseur d'un pois, qui se manifesta sans cause connue, au-dessus des incisives du côté gauche du maxillaire supérieur. Deux jours après, elle avait acquis un assez grand volume, et la douleur qu'elle causait obligea la malade à suspendre son travail. Toutefois cette douleur disparut, et l'affection resta stationnaire pendant trois mois, au bout desquels Prout consulta plusieurs chirurgiens, qui, croyant avoir affaire à un fongus hœmatode, lui conseillèrent de s'abstenir de toute opération. Elle vint alors consulter M. Bertrand de Montpellier, qui avait déjà reconnu une hydropisie du sinus, et qui alors observa les signes suivants :

Tout le côté gauche de la lèvre supérieure était soulevé, ainsi qu'une grande partie de la joue ; la tumeur s'étendait à la fosse canine, à une grande partie du rebord alvéolaire des incisives et des canines, jusqu'à la racine de l'apophyse montante du maxillaire ; la voûte palatine était développée au point de se trouver de niveau avec l'extrémité des incisives. Celles-ci jouissaient d'une grande mobilité, et ne tenaient que par une faible portion

de leurs alvéoles. La portion osseuse correspondante à la tumeur avait été en partie détruite. Les gencives étaient tuméfiées et presque saignantes. Le chirurgien appliqua un doigt sur la partie de la tumeur qui avait abaissé la voûte palatine et un doigt de l'autre main sur celle qui soulevait la joue perçut facilement de la fluctuation ; la tumeur, comprimée dans un sens, s'affaissait et reprenait du côté opposé le volume qu'elle avait perdu. Il était évident que ces deux derniers signes n'appartenaient pas à une tumeur érectile ; d'un autre côté, il n'y avait pas de bruissements ni de pulsations. La tumeur n'était pas compressible. M. Bertrand se confirma dans son premier diagnostic. Une ponction exploratrice donna issue à de la sérosité, et la tumeur fut presqu'entièrement affaissée. Deux jours après, une incision transversale de la membrane fibro-muqueuse fit jaillir de l'intérieur du sinus maxillaire, un flot de liquide, et le kyste fut entièrement vidé. Les racines des deux incisives furent mises à nu : elles ne tenaient plus que par une très-petite partie des alvéoles. Les nerfs et les vaisseaux dentaires avaient été détruits. Application de tampons de charpie dans la cavité. Peu de jours après, une bonne suppuration s'établit, et la malade ne tarda pas à être entièrement guérie. La voûte palatine a pris de la dureté ; les dents se sont consolidées. Tout est dans l'état le plus satisfaisant ; seulement, l'ouverture faite par l'instrument tranchant persiste encore. (*L. S.* Lombard., *quelques maladies du sinus maxillaire*. Thèses de Montpellier, 1836, n° 90.)

Cette dissertation, parmi plusieurs autres faits relatifs aux maladies du sinus maxillaire, contient une observation de tumeurs encéphaloïdes, qui occupaient non seulement cette cavité, mais encore les côtes, l'un des fémurs, quelques vertèbres cervicales. Le malade succomba à une pleuro-pneumonie, causée elle-même par l'affection des côtes. Il s'était fracturé le fémur malade dans les derniers jours de sa vie. Nous aurions extrait cette observation si elle eut été plus détaillée.

Obstétrique.

RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS. *Déchirure du péritoine et de la paroi postérieure du vagin. Passage de l'utérus dans cette ouverture. Observation de M. Mayor de Lausanne. Réflexions par M. le professeur Paul Dubois.* —J.G. paysanne de 32 ans, mère de trois enfans, était grosse d'environ trois mois et demi, lorsqu'elle fut prise dans la journée du 7 novembre 1836, de douleurs vagues qui cependant l'inquiétèrent beaucoup. Le soir après s'être couchée, ses douleurs devinrent assez vives pour lui arracher des cris, et sa belle-mère, qui l'avait déjà assistée dans ses couches précédentes, crut à un

avortement. Bientôt on s'apperçut qu'une grosseur sortait des parties génitales; une sage-femme, un accoucheur furent aussitôt appelés, mais vu l'éloignement, ce dernier n'arriva que vers trois heures et demie du matin. La tumenr était énorme; après quelques recherches, le chirurgien la reconnut pour la matrice dans l'état complet de rétroversion, et parvint à la repousser dans sa position naturelle; mais la malade, dont l'état n'avait fait qu'empirer, succomba peu d'instans après la réduction.

La rumeur publique attribuant cette mort à des tentatives criminelles, deux médecins furent nommés pour procéder à l'autopsie qui fut faite 57 heures après la mort.

Les parties extérieures de la génération légèrement entr'ouvertes, laissèrent apercevoir à deux lignes de profondeur, dans la direction de la fourchette, une plaie frangée.

Au toucher, le vagin paraît lisse, et on arrive au col ntérin appuyé contre le pnbis, fermé et sans engorgement. Le vagin est lache, le corps de la matrice, soulevé, est très mobile. L'abdomen ayant été ouvert et les os pubis sciés, on vit la vessie qui, large et flasque, ne contenant pas d'nrine, s'élevait au dessus du pubis, couvrait en partie le corps de la matrice, et paraissait avoir été distendue.

L'utérus, de forme pyramidale, offrait six pouces de longueur et cinq de largeur, il était mou, flasque, rougeâtre, présentait quelques ecchymoses et de petites déchirures semi-circulaires ressemblant à des coups d'ongles. Il existait dans la paroi péritonéale du bassin, au devant du sacrum, une plaie transversale du péritoine large de 9 pouces, qui était l'orifice supérieur d'un canal accidentel dont l'ouverture inférieure était constituée par la déchirure du vagin déjà indiquée, dont la largeur est d'environ 5 pouces dans sa dilatation, et dont la partie moyenne occupait la cloison recto-vaginale lacérée. Ce canal établissait donc, entre la cavité abdominale et la paroi postérieure du vagin, une large communication.

En effet en poussant le corps de la matrice dans l'ouverture supérieure, on le fit sortir sans effort par l'ouverture inférieure, près de la fourchette, et l'on put voir la position de la matrice, observée par le premier médecin appelé pendant la vie.

Le col utérin était allongé, fermé; on le fendit ainsi que le corps de l'utérus, et la poche amniotique intacte et contenant un fœtus d'environ trois mois et demi, put être apperçue. Le cordon ombilical était intact et implanté au placenta qui était meurtri et broyé. Le fœtus présentait quelques ecchymoses.

Les membranes muqueuses et musculaires du rectum étaient intactes. Tous les viscères abdominaux étaient très pâles, et les vaisseaux vides de sang.

Ce fait, unique dans la science, déjà si remarquable par les circonstances qui l'accompagnent, l'est devenu encore par l'action judiciaire à laquelle il a donné lieu. En effet, les médecins qui avaient fait l'autopsie, avaient regardé la mort comme la suite de l'hémorrhagie et de la douleur causées par les graves lésions du bassin. En outre, ils avaient pensé qu'il était de toute impossibilité, que la malade eût pu se faire elle-même ces lésions. La commission d'enquête,

ne se trouvant pas assez éclairée, eut recours aux lumières du Conseil de santé, qui pensa que le déchirement de la cloison recto-vaginale et la sortie de la matrice toute entière du vagin, dans l'état de rétroversion, pouvait être expliquée par son expulsion de haut en bas, au moyen des efforts soutenus des muscles abdominaux.

—M. Dubois examine à son tour ce fait, s'attache à prouver que les lésions ne peuvent être le résultat de violences exercées sur la femme J. G., soit par elle-même, soit par des mains étrangères. Elles ne peuvent donc avoir été que le résultat des efforts involontaires auxquels s'est livrée la malade. En effet on sait parfaitement aujourd'hui que la rétroversion, dans les premiers mois de la grossesse, peut être indépendante de toute lésion extérieure. Eh bien, cette rétroversion, complétée par les travaux de la malade, a pu, par la pression exercée sur le périnée et le rectum, provoquer des efforts expulsifs assez énergiques pour que les parties molles du bassin dussent se rompre. Baudelocque rapporte un fait qui vient à l'appui de cette manière de voir La matrice rétroversée avait déterminé des contractions involontaires, et venait faire saillie à l'entrée du vagin, en déprimant la paroi postérieure de ce canal. Un effort de plus peut-être, il eut été déchiré, et il se fut produit la même lésion que dans l'observation communiquée par M. Mayor. D'ailleurs, la portion de péritoine sur laquelle repose l'utérus, quand ce viscère est l'état de rétroversion, n'a d'autre soutien que la paroi postérieure du vagin, contre laquelle elle est poussée, et l'on a vu les efforts expulsifs déterminer des ruptures de parties bien autrement épaisses et solides. M. Dubois cite à ce propos, une observation de Monro, extraite du tom. IX *du Journal de Vandermoade*, où ces efforts déterminèrent la rupture de l'utérus et du ventre, au-dessous du nombril. L'enfant sortit par cette fente, qui se cicatrisa rapidement. Du reste M. Dubois ne donne son opinion, que comme la plus probable. (*Presse médicale*, 1837, n° 20.)

Académie royale de médecine.

Séance du 2 mai. Discussion sur la statistique médicale. — M. Dubois (d'Amiens) a la parole. Ce n'est point la statistique elle-même que Laplace a si justement définie *le bon sens réduit en calcul*, que M. Dubois vient attaquer. Il admet que c'est un instrument précieux en mathématique et même en morale, mais ce qu'il combat

et repousse, c'est son application à la médecine. M. Dubois poursuit les statisticiens dans toutes les parties des études médicales; il s'attache d'abord à réfuter la prétention de l'école numérique à réduire en axiômes les *moyennes* obtenues de la numération des faits anatomiques. Parmi les travaux de cette école dirigés dans ce sens, il prend pour exemple ceux dans lesquels on a tenté de déterminer la direction, le calibre et les rapports normaux et absolus des vaisseaux sanguins chez l'homme, d'après la moyenne donnée par toutes les conditions de structure et de disposition constatées chez un plus ou moins grand nombre d'individus. M. Dubois ne voit là qu'une *moyenne* nécessairement illusoire, car elle ne peut être tirée que d'un nombre limité de cas observés, et elle devra incessamment varier en raison du nombre croissant des observations. Si l'on admet que dix, vingt, cent individus suffisent pour représenter l'espèce entière, on admet implicitement qu'un seul peut la représenter. Que devient alors la méthode? —Une description de corps humain faite avec les *moyennes* de la statistique ne donnera jamais qu'un type imaginaire, un modèle construit d'abstractions, un homme *moyen* enfin, près duquel il n'est aucun homme *réel* qui ne devienne un monstre. — M. Dubois ne conteste pas moins les formules pathologiques des médecins statisticiens. Dans le chiffre qui résume les colonnes qu'ils dressent aux symptômes des maladies, il ne voit toujours que des abstractions, et nulle part l'expression rigoureuse de la nature. Quant à la thérapeutique, il est certain, dit M. Dubois, que tous les praticiens *comptent* leurs succès et leurs insuccès, mais il y a entr'eux cette différence majeure, c'est que les uns se contentent d'une simple approximation, tandis que les autres prétendent à une précision mathématique. Les statisticiens ont substitué les chiffres aux paroles, mais en réalité, ils n'ont pas introduit plus de rigueur dans la science. A ce propos, M. Dubois cite les conclusions du Mémoire de M. Louis, sur les effets de la saignée, mémoire dans lequel on voit que, sur 78 cas de pneumonie, 28 malades ont succombé, 50 sont guéris, la durée moyenne de la maladie ayant varié de 10 à 23 jours, et où il est formellement exprimé que le traitement antiphlogistique commencé dans les deux premiers jours passés, il n'importe pas *beaucoup* de l'entreprendre un peu plus tôt, un peu plus tard. L'influence de ce traitement étudiée ensuite sur chaque symptôme isolé, M. Louis arrive de nouveau à cette proposition : « que tout dépose des bornes étroites de l'utilité de ce moyen. » — Mêmes observations à l'égard de l'érysipèle de la face, de l'angine, etc. A quoi bon, dit M. Dubois, tant parler de l'importance de la statistique, quand elle ne découvre que de pareils résultats?

M. Dubois attaque ensuite M. Bouillaud, particulièrement sur sa formule des saignées coup sur coup. M. Bouillaud, dit-il, est partisan de la statistique, mais il semble souvent la soumettre à l'induction pure. C'est ainsi bien évidemment qu'il a été conduit à sa formule des saignées coup sur coup. Quoi qu'il en soit, il veut aujourd'hui lui donner l'autorité des chiffres; mais cette formule n'est encore qu'une *moyenne*, plus illusoire même que toutes les autres, car elle est arbitraire; M. Bouillaud sera toujours, en effet, le seul juge du nombre et de l'abondance des saignées qu'il pratiquera. Parmi ses malades, il recevra des sujets de tout âge, de tout sexe, etc. Il ne pourra s'empêcher de modifier la dose des évacuations sanguines d'après les cas; ses tableaux contiendront donc toujours des *maxima* et des *minima*, en sorte qu'il pourra se faire qu'il n'ait pas l'occasion d'appliquer une seule fois rigoureusement la *moyenne* qu'il proclame.

M. PIORRY succède à M. Dubois. Cet honorable membre revient sur les idées qu'il a déjà émises contre la statistique médicale, et s'attachant à refuter les objections faites à son argumentation, objections tirées du traitement de la colique de plomb, de celui des fièvres intermittentes, il n'abordera que la partie pratique de la question. Des observations toutes récentes lui fournissent, dit-il, une réponse péremptoire, etc. Il soutient que, malgré l'identité de cause dans ces diverses maladies, le traitement doit varier chez chaque malade, d'après les *indications organiques*, et il appuie ce raisonnement des faits de sa pratique. L'argumentation de M. Piorry se résume dans ces conclusions 1°. Avant de compter, il faut bien déterminer ce qu'on veut compter; or, on ne s'entend pas sur les collections de symptômes qu'on nomme maladies, témoin la fièvre typhoïde. 2° La statistique n'est applicable qu'aux éléments simples des maladies, et le plus souvent encore dans ces cas, les faits comptés approximativement, et non avec des chiffres, suffiront pour diriger le traitement. 3° La vraie pratique, celle qui exclut les systèmes absolus, se fonde sur l'appréciation exacte des états organo-pathologiques actuels et antérieurs des maladies, sur les circonstances d'épidémie, d'âge, de constitution, etc. 4° On ne peut compter exactement l'action des médicaments, dont les effets varient trop suivant leur composition, leur préparation, indépendamment des variations qu'imposent à ces effets l'âge, le sexe, etc. 5° Les travaux des statisticiens peuvent fournir des renseignements utiles, mais ce sont des probabilités, et rien de plus.

Séance du 9 mai. STATISTIQUE MÉDICALE (*Suite de la discussion*

sur la). — M. Bouillaud s'attache à poser d'abord les termes de la question en litige. Il définit l'objet des mathématiques dont les calculs rigoureux ne s'appliquent qu'à la quantité et à l'étendue; puis la statistique et les méthodes numériques appliquées à la médecine, qu'il fait rentrer dans la théorie des probabilités. Avant tout, M. Bouillaud se défend de l'accusation portée contre les médecins statisticiens, d'adopter la méthode numérique à l'exclusion de toute autre. Pour son compte, il accepte et met en usage tous les moyens d'investigation qui peuvent concourir à la découverte de la vérité, il ne repousse que le vague et l'incertitude. On a, dit-on, toujours compté en thérapeutique, mais comment? A-t-on été bien précis, quand on a dit que le *pouls est fréquent*? ne l'est-on pas plus, quand on a fixé le nombre des pulsations qu'il bat? A-t-on apprécié la température de la peau, quand on la juge par l'application de la main, le thermomètre ne la mesure-t-il pas plus rigoureusement? M. Bouillaud reproche à M. Risueno d'avoir confondu les probabilités du hazard avec les probabilités des mathématiciens; ce sont ces dernières qui constituent la théorie des probabilités que Laplace a pris tant de soin de distinguer des premières. M. Risueno a dit encore; pourquoi voulez-vous qu'on accorde plus de confiance à une statistique qu'à un autre? ne sont-elles pas toutes également légitimes? celle de M. Delaroque ne vaut-elle pas celle de M. Louis, celle de M. Louis, celle de M. Bouillaud, etc? Je le nie formellement, s'écrie M. Bouillaud; que l'Académie veuille souscrire à la proposition que déjà j'ai tant de fois renouvelée; qu'elle nomme une commission qui compare et juge les divers traitements de la fièvre typoïde, on verra sa décision. S'il est des statisticiens qui tombent dans l'erreur de grouper ensemble des unités disparates, doit-on faire retomber le tort sur la méthode? Je l'ai déjà dit, continue M. Bouillaud, la statistique médicale est d'une extrême difficulté. Malgré toutes les précautions requises pour bien observer les conditions dont se composent les problèmes sur lesquels elle s'exerce, les résultats numériques ne peuvent encore être exactement les mêmes dans deux séries de faits, qu'autant que ces faits restent aussi exactement les mêmes. D'où il suit que le calcul *approximatif* ou des probabilités est presque toujours le seul dont on puisse user dans les faits médicaux. Après avoir observé, il s'agit de formuler un traitement pour les maladies dont on a analysé les phénomènes. C'est ce que n'a pas fait M. Louis, dit M. Bouillaud: que signifient les saignées *larges et abondantes* de M. Louis, qui ne sont que de *petites* saignées. On ne peut comparer les deux formules; du reste M. Louis n'a pas

eu tort de présenter comme insignifiante la pratique des saignées faite suivant la méthode commune ; il n'y a que la saignée *coup sur coup* qui ait une véritable efficacité.

M. Bouillaud déclare du reste qu'il n'est pas *monomaniaque* de la statistique. Il aime l'induction. On a dit avec raison que c'était elle qui lui avait fourni sa formule ; ce ne sont pas les chiffres qui font les découvertes, c'est le *génie* ; ce sont les idées préconçues sur la nature d'une maladie qui portent à réaliser par la thérapeutique l'opinion vers laquelle on tend, *naturam morborum ostendit curatio*. M. Bouillaud a vu dans la fièvre typhoïde, une inflammation des intestins et un état septique ; il a dirigé les moyens anti-phlogistiques contre l'inflammation et les anti-septiques contre la putridité, et il a réussi. M. Bouillaud lit ensuite plusieurs passages de son traité de philosophie médicale, qui démontrent qu'il est aussi partisan de l'induction que qui que ce soit, et qu'il est loin de négliger d'avoir égard aux indications qui ressortent des diverses conditions individuelles ; tout cela ne l'empêche pas de regarder la statistique comme bonne et utile, mais cette méthode est encore dans l'enfance, et a droit à la protection de l'Académie.

M. Double prend la parole après M. Bouillaud, et prononce, contre la statistique, un discours qui occupe le reste de la séance. M. Double a déjà développé, dit-il, dans une autre enceinte académique, son opinion sur l'emploi de la statistique dans la thérapeutique. C'est exclusivement encore sous ce dernier rapport, qu'il abordera la question. Il y a long-temps qu'il est frappé de l'application fautive qu'on a faite des méthodes numériques, dans l'appréciation de la pratique de certains médecins d'hôpitaux ; mais aujourd'hui la statistique est, dans la série des connaissances humaines, une science à la mode. La médecine ne pouvait échapper à son irruption. M. Double veut qu'on s'entende bien sur ce que la médecine peut attendre du calcul des probabilités. Dans l'analyse mathématique, on cherche à apprécier, d'après des faits passés, la probabilité des faits futurs, mais sous la domination de la loi universelle des grands nombres, et, à l'*exclusion de toute application individuelle*. En médecine pratique on demande au contraire à la méthode numérique, de donner, d'après l'observation des faits antérieurs, le meilleur traitement *pour le malade que l'on a actuellement sous les yeux*. Si ce résultat pouvait être obtenu, dit M. Double, la médecine pratique ne serait pas une science, elle ne serait plus un art, elle ne serait pas même une profession, elle compterait au plus pour un métier mécanique, plus facile à apprendre que *celui de cordonnier*, mais il n'en est point ainsi. Une des cou-

ditions de ce qu'on appelle en géométrie la loi des grands nombres, c'est que les causes des événements qu'on calcule n'aient point une variation progressive dans aucun sens; l'un des résultats de cette loi, c'est de faire disparaître dans le quotient, toutes les différences qui se balancent les unes par les autres de manière à se sauver, comme on dit, par la quantité; rien de tout cela n'est applicable à la médecine. Chacun de nos problèmes n'embrasse qu'un individu. De plus, nos maladies ont pour caractère dominant la variation progressive à l'infini des événements et des causes. D'ailleurs, le calcul des probabilités, là même où il est le plus applicable, ne donne toujours que de simples *à peu-près*, et ses données sont généralement si incertaines, que de toutes les sciences, la statistique est, dans l'opinion de M. Double, celle qui compte le plus d'erreurs.

La méthode numérique consacre une des plus graves erreurs de la thérapeutique, savoir : l'adoption des méthodes exclusives de traitement, c'est le problème de Pitcairn. « Une maladie étant donnée, en trouver le remède : » problème qu'on ne devrait accepter que sous la rédaction suivante, « une indication étant donnée, trouver le meilleur moyen de la remplir. » Chaque maladie n'est point un phénomène simple, que l'on puisse représenter sous *une unité*.

Ici M. Double reprend les arguments tirés de la complication des troubles morbides, complication qui ne se découvre toute entière qu'au lit des malades, qui fait le désespoir des jeunes praticiens habitués à l'étude des livres classiques, où les maladies ne sont traduites que par voie d'abstraction; que présentent si variée tous nos grands recueils d'observations, tels que les épidémies d'Hippocrate, les constitutions de Baillou, les lettres de Morgagni, les Consultations d'Hoffmann, les *ratio medendi* de Storck, Dehaën, Stoll, etc. Combien y trouverait-on de faits qu'on put aligner, supputer en nombre, et soumettre au même traitement. «Non, cette loi si universellement admise de l'idiosyncrasie; cette loi du principe de l'individualité, si constante comme règle, si variable comme application, ne saurait se renfermer dans le calcul des probabilités ».

Pour mieux apprécier les résultats de la méthode numérique appliquée à la pathologie, M. Double en montre l'application à l'étude de l'homme en santé. Quoique l'état de santé soit plus un, plus constant, plus régulier que l'état de maladie, les données numériques ne seront pas ici plus admissibles. M. Double fait à ce sujet, un appel à tous les membres de l'Académie, et leur demande s'il est parmi eux deux santés entièrement égales, malgré l'égalité

d'âge, de profession, de position sociale, etc., qui les place dans les conditions le plus identiques possible. Pour préciser davantage cet exemple, M. Double choisit deux fonctions diverses dans l'homme sain, la digestion et l'intelligence, et prie de répondre combien de facultés digestives, combien d'intelligences sont entièrement semblables. Quelles seront, d'un autre côté, l'alimentation, la modification affective uniformes qu'on adoptera pour les séries des facultés digestives ou intellectuelles qu'on aura pu trouver identiques? Si l'on en adopte, quelles seront les conséquences?

Sous le rapport des modifications affectives, M. Double suppose le cas suivant: soit cent, deux cents, mille femmes en couche, dont la situation est des plus favorables; leur intelligence, normale en tous points, conserve son intégrité parfaite. Toutes reçoivent à l'improviste la nouvelle d'un événement funeste: cinq seulement perdent subitement la raison. Que conclura le médecin statisticien? qu'une nouvelle fâcheuse annoncée à l'improviste est sans danger pour une femme en couche. Autre cas: mille individus haletants de fatigue et le corps couvert de sueur, avalent une quantité donnée d'eau glacée; 10 sont pris de pneumonie, 5 de gastrite, 5 de dysenterie, 980 restent en santé parfaite; que conclura encore la statistique, et de son côté l'induction?

M. Double va, dit-il, quitter les abstractions et les généralités, et entre dans le domaine des faits. Il ne s'étonne point que les statisticiens se soient trouvés mal à l'aise au milieu des fièvres typhoïdes, car c'est un être morbide imaginaire. Il n'y a point suivant M. Double, de fièvre *essentiellement* et primitivement typhoïde. C'est un *état* qui peut compliquer et terminer beaucoup de maladies, mais il il ne l'a *jamais* vu se déclarer d'un *seul jet* et d'*emblée*. C'est le malheur de la médecine des hôpitaux, de ne voir les maladies *qu'à une époque de leur cours, et sur un seul ordre de sujets*; c'est surtout un malheur pour la science de n'être guère faite de notre temps que sur cette médecine des hôpitaux. S'il n'existe point de fièvre typhoïde, on comprend la nullité des relevés statistiques qu'on a présentés pour établir son meilleur traitement, car ce traitement s'adresse à une infinité de maladies diverses, dont l'*état* typhoïde n'était que la complication. M. Double suivra les statisticiens sur un autre terrain qui paraît leur être plus favorable et qui en définitive, ne l'est pas davantage; c'est celui des fièvres intermittentes; une médication exclusive et absolue ne leur est point applicable plus qu'aux autres maladies. M. Double a vu des fièvres rebelles ne céder qu'à des saignées, à des évacuants, à des purgatifs, à du musc, à de l'opium, etc., et dans les pays où ces fièvres sont communes,

rien n'est plus ordinaire que ces observations. — M. Double rappelle d'ailleurs ce qu'ont enseigné à cet égard Baillou, Quarin, Selle, Grimaud, Pinel, etc., qui tous ont établi des fièvres intermittentes, inflammatoires, bilieuses, muqueuses, nerveuses, etc., qui réclamaient des médications diverses. Toutefois, de ce que les éléments qui entrent dans la constitution des maladies, sont nombreux et complexes, M. Double ne conclut point qu'on ne puisse les ramener à quelques vues générales, à des principes fixes; mais c'est la doctrine des indications qui les crée ces principes. Dans cette pratique, la précision des chiffres est comptée pour peu; ce qu'il faut, ce sont les précisions de l'esprit, unies aux précisions du cœur. De même que le bien politique comme le bien moral des sociétés se trouvent toujours, ainsi que l'a dit Montesquieu dans un juste milieu, de même la vérité thérapeutique étrangère à toutes les propositions absolues, se trouve toujours dans un moyen terme. C'est cet *éclectisme* qui a toujours guidé la pratique de M. Double, *éclectisme* qui n'est que la logique des faits éclairée par la logique de la pensée. Si tous les esprits ne s'accommodent point de cette méthode, c'est que les uns sont trop actifs, les autres trop paresseux, d'autres enfin, d'une faiblesse native qui se refuse à l'attention soutenue et à l'application calme qu'elle exige, et qui tous veulent arriver vite, sans y employer les trois éléments indispensables à tout succès, le temps, le travail et la réflexion; quant à M. Double, ces trois éléments lui dictent les conclusions suivantes :

1° L'individualité constitue en pathologie, une vérité immuable; une maladie n'est point un être simple, fixe, invariable, c'est une série d'actes divers, mobiles, changeants: par conséquent, toute théorie exclusive est un non sens de pathologie, et toute méthode absolue un contre-sens de thérapeutique.

2° Les méthodes de la statistique, le calcul numérique, nécessairement passibles d'un grand nombre d'erreurs, ne sont nullement applicables à la thérapeutique.

3° Les seules méthodes admissibles en matière de médecine appliquée, sont l'analyse logique et l'induction.

Séance du 16 *mai*. STATISTIQUE MÉDICALE. (*Suite de la discussion sur la*) — Cette séance a été remplie par trois discours remarquables de MM. Chomel, Louis et Rochoux, en faveur de la statistique.

M. CHOMEL combat particulièrement l'argumentation de M. Double. Il ne le suivra point, dit-il, dans l'exposition des règles du calcul des probabilités en mathématiques, il se renfermera dans la question purement médicale. Réduite à son expression la plus claire, elle se pose ainsi : *Est-il utile et raisonnable, est-il dange-*

reux et absurde de compter en médecine, et de déduire de cette numération les conséquences qui en résultent. M. Chomel commence par décliner formellement l'assertion : Que la méthode numérique consacre les traitements absolus et exclusifs. Les médecins qui comptent ne traitent pas autrement leurs malades que les médecins qui ne comptent pas ; et n'expérimentent que là où l'expérimentation est permise, et devient un devoir. La médecine a pour base l'observation et les conséquences légitimes que le raisonnement en déduit. Personne n'a jamais eu l'idée de rejeter de l'étude des maladies, la comparaison et l'analyse des faits ; mais on conteste le droit de demander à ces faits des conséquences numériques. S'il suffisait de connaître vaguement les causes, les symptômes et la durée des maladies, sans doute il serait inutile de compter, mais si la fréquence relative de telle cause, de tel symptôme, de telle terminaison, est importante à connaître, on n'obtiendra de précision sur tous ces points qu'en comptant. Il n'y a bien évidemment aucun médecin qui ne compte, en effet, et qui n'évalue de l'œil ce que les numéristes additionnent sur le papier ; entre ces deux méthodes, le choix peut-il être douteux?

M. Chomel reconnaît que l'application des règles mathématiques est dangereuse dans les choses qui ne sont pas mathématiques, mais il ne s'agit en médecine que d'une *modeste addition* des faits déjà déposés dans les archives de la science, et de ceux que chaque jour l'observation leur ajoute, et de substituer, *dans les questions qui le comportent et avec la circonspection convenable*, à une évaluation vague des phénomènes, une indication exacte de leur fréquence. Il n'y a rien d'exclusif dans cette méthode, si le nom de méthode convient à la simple *numération* des faits : jamais il n'est entré dans l'esprit de qui que ce soit d'en faire le moyen unique d'avancer la science ; mais M. Chomel n'hésite point à dire qu'il la croit susceptible de mettre au jour des vérités nouvelles dans un très-grand nombre de questions, spécialement celles qui touchent à l'étiologie, à la symptomatologie, et même à la thérapeutique. La méthode numérique repousse toutes les observations incomplètes ; de plus elle exige qu'elles soient nombreuses ; ces deux conditions remplies, elle rassemble les faits, les subdivise en groupes qui rapprochent ceux qui offrent la plus grande analogie possible, et ce n'est qu'alors qu'elle les additionne. — Reste l'application de ce travail à la connaissance de la maladie ; ses résultats seront, on le comprend, très-différents quant à leur importance, à raison de l'élévation relative des nombres dans les diverses colonnes du tableau. — Si pendant plusieurs années les tableaux fournissent des résultats qui confir-

ment les premiers, ceux-ci acquièrent de plus en plus de valeur; ils en perdent, au contraire, s'ils se trouvent infirmés ultérieurement. M. Chomel s'adresse aux hommes de bonne foi, et demande si de pareilles recherches ne conduisent pas à la connoissance la plus sûre possible des maladies.

Les conditions imposées à l'investigation numérique la rendent sans doute difficile; mais s'il fallait la proscrire à cause de ses difficultés, autant renier toutes les sciences d'observation. On pouvait s'attendre que M. Double, quand il a voulu prendre des exemples pour démontrer la fausseté de la méthode qu'il combat, eût pris au lieu de faits supposés, ceux que cette méthode a déjà publiés; quoi qu'il en soit, dit M. Chomel, je puis affirmer à M. Double, que les conclusions qu'il prête aux statisticiens, dans les deux exemples fictifs qu'il a choisis, ne sont nullement celles qu'ils auraient tirées. Ils n'avanceront jamais qu'il est sans danger d'annoncer à l'improviste une mauvaise nouvelle à une femme en couche, parce que cette circonstance n'a eu d'effets funestes que dans un petit nombre de cas, pas plus qu'ils ne diront qu'on peut toujours sans crainte avaler de l'eau glacée, le corps étant en sueur. Seulement, dans le cas où les choses se passeraient comme l'a dit M. Double, la méthode numérique n'accorderait à ces causes qu'une influence proportionnée à leurs effets.

M. Chomel passe ensuite à la thérapeutique. Le praticien ne peut procéder que de deux manières, ou bien, un *médicament étant donné*, il en étudie les effets sur l'homme malade, ou bien, une *maladie étant donnée*, il cherche à apprécier l'influence qu'aura sur elle, tel ou tel médicament. M. Chomel loue très-fort la prudence de celui qui, se reposant sur les traditions des autres, n'emploie qu'une pratique déjà usitée, et s'arrête aux motifs d'une expérience passée; mais si l'on se renfermait dans ce cercle, il est bien évident que la thérapeutique ne ferait pas de progrès, et l'humanité aurait droit de se plaindre. On ne peut obtenir ces progrès qu'en soumettant à une épreuve nouvelle des médications connues, ou bien en admettant et essayant des médications nouvelles. Quelque parti que l'on prenne, la méthode numérique, c'est-à-dire, celle qui additionne et marque par des chiffres les cas de succès et d'insuccès est la seule qui puisse faire pencher justement la balance, et qui offre les garanties suffisantes. Si le mode d'action d'un médicament est tellement évident que nul doute ne puisse plus s'élever sur son efficacité, la rigueur de la méthode numérique cesse d'être nécessaire; telle est l'action du quinquina. Mais combien peu de

médicaments sont dans ce cas! — M. Double a dit que les statisticiens se trouvaient mal à l'aise dans le traitement de la fièvre typhoïde. Certainement, dit M. Chomel, la fièvre typhoïde de M. Double ne peut s'accommoder de la statistique, mais celle que comprennent aujourd'hui la plupart des pathologistes, et qui a pour caractère anatomique l'éruption folliculeuse de l'intestin, ne s'y montre nullement réfractaire. C'est à cette fièvre qu'appartient en propre le nom de typhoïde, et ce nom mérite d'être conservé. M. Chomel ne l'a adopté que parce qu'il ne préjugeait rien sur la nature intime du mal, et qu'il signalait un fait majeur dans cet état fébrile : c'est l'analogie incontestée qu'il offre avec le typhus. M. Chomel est convaincu que si nos prédécesseurs, au lieu de propositions vagues sur les effets des traitements si multipliés qui ont été dirigés contre la fièvre grave dont il s'agit, avaient fourni une *numération* exacte des succès et des insuccès de ces traitements, la question serait beaucoup moins en litige. Ses conclusions sont qu'on ne saurait renoncer, en médecine, à la numération des faits, sans se priver d'un des moyens les plus sûrs de détruire beaucoup d'erreurs, et d'arriver à la connaissance de beaucoup de vérités.

M. Louis se lève ensuite : il déclare hautement et formellement, que pour lui, la statistique est la base fondamentale et unique de toutes les études médicales. Les faits généraux sont les lois de la science; ces faits généraux ne sont que la collection des faits particuliers qui ont été distingués, comparés et classés; aucune de ces opérations ne peut être *précise*, si on ne *compte* les faits sur lesquels elle s'exerce. Jusqu'ici on n'a pas compté, ou ou a mal compté. Toutes les assertions des auteurs, qui ne sont que le résultat de l'induction pure, de l'induction tirée sans le secours de la statistique ou de l'analyse numérique, ou seulement appuyées sur des faits confiés à la mémoire, ne doivent être considérées que comme provisoires.

M. Louis examine la question de la statistique dans chacune des parties des études médicales. Il commence par la pathologie : ici, M. Louis reproduit, avec des développements étendus, tous les arguments déjà déduits par M. Chomel. Récusant les exemples fictifs qu'ont présentés les adversaires de la statistique, il s'attache à faire saillir les faits bien constatés que cette méthode a acquis à la science, et qui ont substitué *des chiffres*, c'est-à-dire des déterminations positives aux *plus ou moins*, *rarement*, *fréquemment*, et autres termes vagues qui pullulent dans les écrits des médecins, et qui n'ont pas de valeur réelle. M. Louis cite en preuve de ses assertions l'état actuel de l'histoire de la phthisie pulmonaire, de celle des mala-

dies du cœur, dont les points les plus culminants doivent sans contredit leur clarté à l'investigation de la méthode numérique.

Passant à l'anatomie normale, M. Louis comprend que la nécessité de l'analyse numérique n'ait pas été sentie au début de la science, vu la constance assez grande de la nature dans le développement régulier de nos organes. Mais comme cette régularité n'a pas toujours lieu; pour connaître l'importance de ces variations, n'a-t-il pas fallu compter combien de fois elles se présentent sur une masse de sujets, et cette étude est-elle superflue? Est-il indifférent au chirurgien par exemple, de savoir à quoi s'en tenir sur les variations d'origine de l'artère fémorale profonde, sur celle de l'artère nutricière du tibia, etc.; et quand M. Bizot, après ses recherches numériques sur le volume proportionnel du cœur à tous les âges de la vie, est arrivé à démontrer que jusqu'à ce moment on avait pris des variétés pour types, a-t-il fait un travail inutile?

Arrivé à la thérapeutique, M. Louis défend de plus en plus la méthode numérique et la statistique. Quelqu'habile et expérimenté que soit un praticien, il n'est pas possible que souvent des doutes ne s'élèvent dans son esprit sur l'action de tel ou tel médicament que l'expérience comme les symptômes *indiquaient*. Pour sortir de l'indécision où il se trouve, que fera le praticien? Il *comptera* nécessairement les résultats qu'il obtiendra de ses médications. M. Louis répétera ce qui a déjà été dit tant de fois, c'est que tous les médecins comptent tacitement ou ouvertement.

Quant à l'argument tiré de l'état complexe des maladies, M. Louis soutient que cette hétérogénéité des troubles qui signalent un état morbide a été considérablement exagérée; ce qui le prouve c'est que les lois trouvées en thérapeutique par la méthode numérique se confirment tous les jours. En tous cas la difficulté n'est pas moins grande pour ceux qui rejettent l'analyse numérique que pour ceux qui l'emploient; et cette difficulté même est une des circonstances qui rendent cette analyse plus nécessaire.

M. Rochoux suit immédiatement M. Louis à la tribune. Il s'attaque d'abord à M. Risueno d'Amador; il ne pense point, comme on l'a dit, que le travail de M. Risueno doive être examiné dans son ensemble et ses détails; il suffit d'en étudier les bases pour l'apprécier convenablement: en effet, dans tout ouvrage logique, si la base est renversée, l'édifice ne tarde pas à suivre. M. Rochoux pense donc qu'il lui suffira de combattre les principes qui ont dicté les premières pages du mémoire de M. Risueno sur l'application de la théorie des probabilités. Quand M. Risueno parle de l'inexactitude

des résultats de cette théorie, ce n'est pas dans son application aux mathématiques qu'il devait chercher ses preuves, c'est dans son application aux questions de physique ou de toute autre science; en mathématiques, tous les calculs sont rigoureux. M. Risueno n'est pas plus heureux, suivant M. Rochoux, quand il juge la théorie des probabilités en médecine. M. Rochoux ne peut suivre le fil du raisonnement de M. Risueno dans le cas, où admettant comme vrais des résultats thérapeutiques, il trouve moyen cependant de ne pas reconnaître la supériorité des méthodes de traitement qui *comptent* notoirement le plus de succès; il faut de toute nécessité pour être conséquent, que M. Risueno donne gain de cause à M. Bouillaud, ou qu'il renie la véracité de ses chiffres. M. Risueno, dit M. Rochoux, prétend qu'il y a une différence radicale entre le calcul des chiffres et le raisonnement logique. M. Rochoux lui conseille la lecture du dernier chapitre de la logique de Condillac, qui est la réfutation de cette proposition. Condillac y traite et résout avec les phrases du discours ordinaire un problème d'algèbre, et démontre sans autre artifice l'identité qui existe pour le fond entre le calcul et la logique. M. Risueno préfère les approximations de la méthode inductive aux formules approximatives de la méthode numérique, mais ces dernières ne sont-elles pas les plus approximatives de toutes? et quand on se prononce contr'elles, n'est-ce pas se déclarer le patron de l'inexactitude?

M. Rochoux s'adresse ensuite à M. Double : la manière, dit-il, dont ils envisagent l'un et l'autre la statistique, tient évidemment à la différence des principes philosophiques qu'ils professent.

M. Double approuve la logique des stoïciens, basée sur l'incertitude du témoignage des sens; au lieu de cela, dit M. Rochoux, je me laisse guider par la logique d'Epicure, ayant pour principe l'*infaillibilité* des sens. Avec une doctrine aussi opposée, il n'est pas étonnant qu'il ne puisse s'entendre avec M. Double pas plus qu'avec M. Andral. Loin d'admettre la variabilité incessante des lois vitales, M. Rochoux croit à leur fixité, à *leur fatalité*. Ces messieurs sont éclectiques, M. Rochoux est *exclusif*.

M. Rochoux rentre ensuite dans la question qu'il examine sous le rapport de la thérapeutique, il rappelle que tous les débats qui se sont soulevés quand il s'est agi de thérapeutique, n'ont eu de solution qu'à l'aide des chiffres: c'est ainsi que les partisans de la lithotomie et leurs adversaires les lithotriteurs se sont combattus par des relevés avec des chiffres. Il est vrai que le doute est resté dans bien des esprits après cette lutte; mais c'est que les chiffres

ont paru de part et d'autre très contestables. Si l'on objectait qu'il n'est pas étonnant que les débats sur la lithotritie aient roulé sur des chiffres, puisqu'ils se sont passés entre des partisans de la méthode numérique, M. Rochoux répondrait qu'il défie de jamais procéder autrement dans des questions de thérapeutique; si les anti-numéristes peuvent battre les numéristes, sans employer de chiffres, leur triomphe est assuré ; mais à cette condition seulement.

Enfin M. Rochoux n'implorera point avec M. Bouillaud, l'indulgence de l'académie pour la statistique; la statistique est plus forte qu'une Faculté, plus forte qu'une Académie, et que toutes les Académies du monde; en un mot, la statistique médicale est vraie, cela répond à tout.

Séance du 23 *mai.* (*Suite de la discussion sur la*) STATISTIQUE MÉDICALE.—M. GUÉNEAU DE MUSSY établit en débutant son opinion sur la théorie mathématique des probabilités, et reproche à M. Risueno d'avoir émis des doutes sur la certitude de ses résultats. Il passe ensuite à l'application de cette théorie à la médecine, en s'enfermant dans ce qui a trait à la thérapeutique. Les défenseurs de la statistique médicale, comme ses adversaires, paraissent trop exclusifs à M. Guéneau. Il n'est ni avec les uns ni avec les autres. Puisque la thérapeutique s'appuie sur des faits, pourquoi ne les compterait-elle pas? On a cité l'action du quinquina, qui était tellement évidente que les chiffres devenaient inutiles pour la constater. Sans doute, dit M. Guéneau, les succès réitérés de l'administration de ce médicament ont dû proclamer vite ses propriétés fébrifuges. Toutefois, peut-on nier que la certitude de son efficacité n'eût pas été assise encore plus vite et d'une manière plus positive, si la proportion des cas où il échouait avait été, dès les premiers temps de sa découverte, soigneusement notée et comptée, de manière à en faire ressortir rigoureusement le petit nombre, comparé à celui des cas où il réussit. M. Guéneau partage la pensée des numéristes, qu'il vaudrait bien mieux, si c'était possible, dans tous les cas, chiffrer les résultats de la thérapeutique, que de s'en tenir aux vagues déterminations qui les indiquent généralement.

Mais jusqu'à quel point la méthode numérique peut-elle répondre aux questions de thérapeutique? M. Guéneau disserte, à ce propos, sur la différence qui sépare la démonstration de la probabilité. Les mathématiques procèdent par voie de démonstration. La thérapeutique ne peut atteindre qu'à la probabilité. Il ne peut en être autrement, car jamais, quelque ressemblants que soient les faits, ils ne seront identiques, et ce n'est que sur la supposi-

tion de cette identité, que la thérapeutique prescrit le même traitement. — M. Guéneau combat ensuite les essais comparatifs de traitements opposés, et s'efforce de démontrer, qu'outre leur danger, ils ne peuvent fournir aucune solution. Quand on a réuni, dit-il, un grand nombre de faits, aussi analogues que possible, on compare le résultat qu'ils donnent, et on arrive ainsi à une moyenne. Si cette moyenne est appliquée à une nouvelle série de faits, il faudrait, pour que le résultat fût parfaitement égal à celui déjà obtenu, que les faits de la nouvelle série fussent parfaitement égaux à ceux de la première, mais il ne peut y avoir qu'analogie, et quoi qu'en disent les numéristes, il est impossible que la nuance qui distingue les faits n'ait pas d'influence sur les effets des médications. En affirmant que l'identité est réelle entre tous les faits des deux séries dans lesquelles ont été rangés tous sujets atteints d'une maladie de même nom, on courrait les chances d'une conclusion assez bisarre. En effet, supposez cent malades atteints de fièvre typhoïde, tous forment une première série traitée par les saignées, coup sur coup. Supposez une seconde série de cent malades encore, et atteints de fièvre typhoïde, mais traités par les purgatifs. Malgré la différence des traitements, dans l'une et l'autre série, il n'en meurt que 1 sur 10. Si l'on n'admet pas la nuance morbide qui a séparé les malades des deux séries, et qui a déterminé, dans la première, l'efficacité des saignées coup sur coup, et dans la seconde, l'efficacité des purgatifs, il faut conclure que sur 100 malades atteints de fièvre typhoïde, il y en a 90 qui guériront, soit par les saignées, soit par les purgatifs. M. Guéneau admet volontiers la valeur de la statistique dans la thérapeutique, mais à la condition expresse que ses résultats ne seront rigoureusement appliqués qu'à la série de faits qui les aura fournis ; pour les séries subséquentes, ces résultats seront de bons renseignements sans doute, mais ne seront pas autre chose.

M. Castel succède à M. Guéneau de Mussy. M. Castel ne veut pas qu'on confonde la statistique avec la méthode numérique. Baillou, Sydenham, Huxham, Stoll et tant d'autres grands observateurs, faisaient de la statistique, mais jamais ils n'ont eu l'idée de faire de l'arithmétique. La méthode qui a introduit celle-ci dans la médecine, est de nos jours, et c'est une invention funeste, car rien n'est plus absolu que des chiffres, et rien ne l'est moins que la thérapeutique. M. Castel pose quatre conditions auxquelles la statisique serait applicable à la thérapeutique, et ces quatre conditions ne sont pas soutenables. 1° Une maladie étant donnée,

tous les cas qui s'en présenteront devront être traités également; sans cela point de comparaison possible. 2° Un seul et unique moyen devra être mis en usage, car si deux seulement concouraient au traitement, comment refuser à chacun sa part d'influence, et alors, que deviendrait la statistique? 3° Il faut que la maladie naisse toujours d'une cause unique, et de la même, car s'il y en a plusieurs, il faut admettre que les médications ne s'adressent jamais aux causes des maladies. 4° Les modifications imprimées aux symptômes par les diverses constitutions des sujets, n'exerceront aucune influence sur la détermination des moyens curatifs, tout au plus si elles en fixeront les limites.

M. Velpeau prend la parole, et prononce d'après de simples notes un discours dans lequel il s'applique à résumer et à combattre les principales objections faites à la statistique. On a dit que la méthode numérique excluait le raisonnement; M. Velpeau le nie, toutefois il avoue que, pour statuer sur l'efficacité d'un traitement, le premier point est de constater ses succès. Si on peut les expliquer, rien de mieux, mais dans le cas où cela ne se peut, il n'en faut pas moins accepter ces succès, et c'est là ce que demande et recherche surtout la statistique. M. Velpeau ne voit qu'une contradiction dans cette proposition : que la statistique pouvait être bonne en théorie, mais qu'elle ne peut être appliquée. D'autres ont dit que la pathologie pouvait s'en accommoder, mais que la thérapeutique la répudiait, et pour prouver le fait, un des auteurs de cette proposition a parlé de soumettre trois cents malades à trois espèces de traitements. M. Velpeau voit là des chiffres, par conséquent de la statistique. Pour ce qui est de l'état complexe des maladies, M. Velpeau soutient à son tour qu'on a exagéré excessivement ce qu'on a dit à cet égard; d'ailleurs, il y a dans toutes les maladies, un caractère fondamental, et c'est celui-là qui en détermine la nature réelle, et qui réclame, sinon exclusivement, du moins spécialement l'attention. Dans l'apoplexie, par exemple, tout n'est-il pas accessoire auprès de l'épanchement de sang. On a dit encore que les symptômes des maladies variaient d'un jour à l'autre, d'un instant à l'autre, etc. Toutes ces assertions sont de plus en plus exagérées : une pneumonie n'est pas le lendemain *essentiellement* différente de la pneumonie de la veille. Pour démontrer la variabilité des cas pathologiques, on a aussi invoqué l'état physiologique. On a demandé si sur 200 membres de l'Académie, il était possible de trouver deux santés égales? Non sans doute, mais dit M. Velpeau « *Tout cela n'empêche pas que nous ne portions tous la même forme d'habits, et que nous ne mangions tous*

du pain ». Pour prouver qu'il y a des maladies qui approchent beaucoup de cette *unité* fixe que l'on exige pour la statistique, M. Velpeau cite la fièvre intermittente due aux effluves marécageux, la syphilis, etc,

La statistique ne mérite pas non plus le reproche qu'on lui a fait, de vouloir des médications exclusives. Aucune méthode ne recueille plus soigneusement les faits, ne les compare avec plus d'attention, et n'est plus prête à se rendre aux urgences de ce qu'on a appelé les *indications*; seulement elle les compte avant de se rendre. — La statistique veut, dit-on, refaire la médecine, qui n'est réellement née qu'avec elle, Ce reproche tombe, non sur la méthode, mais sur ceux qui s'en servent. — M. Velpeau ne comprend pas qu'on ait pu trouver la statistique, à la fois, facile et difficile. Pour ce qui est de l'accusation que cette méthode conduit à l'empirisme, M. Velpeau, loin de la repousser, l'accepte; car lui, il se déclare partisan de l'empirisme. M. Velpeau croit qu'Hippocrate a compté pour faire ses Aphorismes.

Enfin, une des principales objections faites à la statistique, c'est que ses résultats en définitive n'aboutissent pas à d'autres conclusions que les méthodes auxquelles elle veut se substituer. M. Velpeau l'admettra si l'on veut, mais il y aura toujours cette différence importante, c'est que derrière les conclusions de la statistique, il y aura des chiffres, tandis que derrière celles des autres méthodes, on n'apperçoit que des faits.

Séance du 30 mai. — STATISTIQUE MÉDICALE, (*suite de la discussion sur la*). — Après la lecture du procès-verbal, M. Bouillaud demande la parole pour relever une erreur commise par M. Castel, au sujet de l'emploi des saignées coup sur coup dans les cas de pneumonie survenus pendant la dernière épidémie. M. Bouillaud n'a point avoué, dit-il, que l'application de sa formule ait produit des effets funestes dans ces circonstances; il a seulement dit que la mortalité avait été grande parmi ses pneumoniques, ce qui est bien différent. Eneffet, cet accroissement de mortalité se trouve chez des sujets atteints de maladies chroniques et qui n'ont point été traités par des saignées répétées. Chez ceux qui n'avaient point de maladie antérieure, la mortalité a été de un sur huit.

M. RAYER prend ensuite la parole, et prononce un discours qui a constamment captivé l'attention de l'Académie. Après avoir montré toute l'importance de la discussion actuelle, cet honorable membre entre en matière. Bannir le calcul de certaines questions d'anatomie et de physiologie, dit-il, est une chose impossible. Ce n'est qu'avec cet instrument qu'on peut reconnaître le poids, la

taille, la mortalité dans l'espèce humaine. Nul n'en doute ici. Ce que l'on conteste, c'est que ce même instrument ait des applications dans la pathologie ; et on le conteste, parce que les adversaires de la statistique médicale nient la possibilité de réduire les observations de pathologie, en éléments de calcul. M. Rayer avoue qu'en effet, le calcul n'est possible qu'autant qu'il a à sa disposition des quantités de même nature : voilà pourquoi les médecins nos prédécesseurs n'ont pas employé la statistique. L'insuffisance de leur diagnostic devait les empêcher d'avoir recours à ce moyen. Les anciens eussent-ils compté, le résultat obtenu par eux n'eut pas beaucoup mieux valu sur certaines questions, que les approximations qu'ils nous ont transmises. Sur quoi les calculs auraient-ils porté? non pas sur des unités, non pas sur des cas bien déterminés, non pas sur des observations analogues, mais sur les choses les plus dissemblables, rassemblées sous le même nom. L'orateur cite à l'appui de ces idées l'incertitude des résultats qui aurait nécessairement frappé toutes recherches statistiques sur l'hydropisie, avant qu'on ait su que cette maladie peut être la suite d'inflammation chronique des membranes séreuses, d'affections du cœur, d'oblitération des veines, de maladies des reins, et quelquefois d'altération du sang. Ce qu'il dit de l'hydropisie, il pourrait le dire encore de la paralysie, symptôme de tant de lésions variées du système nerveux, des dysuries, des dysménorrhées, des dyspepsies, et d'une foule d'autres affections qui ont été long-temps regardées comme des conditions morbides identiques, comme des unités expérimentales; et quiconque, ajoute M. Rayer, réfléchira sérieusement à la nature des expériences qui ont été faites, aux unités qu'on a additionnées, ne sera étonné ni du petit nombre de résultats positifs obtenus, ni du peu de valeur du plus grand nombre. Calcul approximatif, calcul rigoureux, induction logique, tous ces précieux éléments de l'expérimentation, appliqués à des faits mal déterminés, n'ont pu engendrer et n'engendreront jamais qu'erreur et incertitude.

M. Rayer montre ensuite comment la statistique médicale a dû naître au moment seul où, par le progrès du temps, par une heureuse combinaison de découvertes, la science a pu tracer, au milieu des groupes mal définis de maladies, une délimitation positive là où l'ancienne pathologie n'avait mis qu'un seul nom : service rendu dit-il, par l'école de Paris, dont tous les efforts ont été dirigés vers ce perfectionnement du diagnostic ; comment dès-lors la statistique, bien loin de dispenser d'une observation rigoureuse, ne peut s'assurer et s'étendre qu'à la condition de la rigueur de l'observation.

Mais on objecte que ce que la statistique prend pour des unités, est et sera toujours très-complexe, et ne pourra jamais fournir aucun élément de calcul, c'est là toute la question. S'il était une fois admis qu'il existe des choses suffisamment analogues pour être, sans erreur sensible, prises l'une pour l'autre, des unités pathologiques enfin, il s'en suivrait nécessairement que l'arithmétique médicale serait praticable, et nul ne pourra nier, que, dès que l'on peut compter, il ne soit bon de le faire.

Dans la constitution de ce que j'appellerai une *unité pathologique*, il y a, dit M. Rayer, deux choses à considérer. Il faut savoir, non seulement si les ressemblances sont grandes, mais encore si les différences sont assez petites pour être négligées. Etudions donc ce que c'est que *différence* et *ressemblance*, par rapport à l'unité pathologique.

La ressemblance des maladies est ce qui tout d'abord a éveillé le plus l'attention des médecins, et c'est elle qui a formé les groupes bien ou mal déterminés sur lesquels l'étude s'est long-temps exercée. A côté des ressemblances trompeuses, il y avait des ressemblances véritables. Ces dernières ont été aperçues aussi, et elles ont donné naissance aux aphorismes durables que la science a recueillis. On a dit, dans cette enceinte, que le calcul avait été de tout temps en usage; je le veux bien, si par calcul on entend le procédé à l'aide duquel on a obtenu une formule thérapeutique. C'est ainsi que le traitement de la fièvre intermittente *simple* a été transmis par les médecins qui, les premiers, ont essayé le quinquina. Là, la ressemblance a été si grande, qu'elle a frappé tous les yeux, et elle a été si juste, que la postérité n'a rien changé au résultat.

Mais, a-t-on dit, est-il réellement des cas simples? Non, disent les adversaires de la statistique médicale; ces faits, qui paraissent si semblables, contiennent encore des différences que vous négligez, et qui infirment l'application du calcul. Nous voilà arrivés au second point qui doit être examiné dans la constitution de l'unité pathologique: « Y a-t-il ou n'y a-t-il pas des différences que le thérapeutiste, et par conséquent le calcul, soit en droit de mettre de côté? » S'il n'y en a pas, les adversaires de la statistique médicale ont raison. Le praticien se trouve devant des cas incessamment nouveaux; les règles générales s'évanouissent; ou pour mieux dire, pour rendre plus pleinement justice à la pensée des hommes éminents que je combats, le fondement de la thérapeutique est déplacé: au lieu d'être aussi bien dans les résultats de l'expérience touchant une maladie donnée, que dans les indica-

tions individuelles, il est rejeté dans la recherche des indications; le diagnostic baisse de prix, et elles augmentent de valeur. Mais si au contraire, il est des différences individuelles qu'il soit permis de négliger, alors on parvient à former *certains groupes*, composés de choses que pour le calcul et la pratique on peut dire identiques. Or, Messieurs, n'est-ce pas un fait constant que la pratique se règle souvent comme s'il y avait, dans une même maladie, des différences à négliger? Combien de pneumonies simples ne traitez-vous pas semblablement? à combien de gales simples ne donnez-vous pas le même médicament et de la même façon? A tort ou à raison, la pratique agit ainsi; c'est un fait que je constate, une nécessité que je montre, et en même temps, une preuve que j'apporte de l'existence de ces *unités pathologiques* que l'on veut vainement contester. Les praticiens, dans un grand nombre de cas, se conduisent comm s'il y avait identité, et l'on ne voudrait pas qu'ils transformassent leur manière de faire en calculs, et leurs calculs en préceptes! Soit imperfection radicale et irrémédiable, soit plutôt résultat instinctif d'une perception plus philosophique et plus générale, la médecine admet des identités et conforme sa pratique à cette opinion. La statistique ne fait donc que prendre les choses telles qu'on les lui donne; et en supposant que des observations peuvent être comparées et comptées, elle ne fait qu'obéir à la persuasion commune.

L'application du calcul à la thérapeutique suppose-t-elle qu'une maladie est un phénomène unique, fixe, invariable, qui comporte une méthode de traitement absolue, exclusive, toujours la même? Non, Messieurs; une maladie n'est point un phénomène unique, mais quelquefois ce phénomène est assez semblable à lui-même, pour que le praticien le prenne pour unité; elle n'est point fixe, mais quelquefois son inconstance n'a rien qui altère les prévisions du médecin et les résultats de la pratique; elle n'est point invariable, mais quelquefois ses variations sont renfermées entre des limites assez étroites pour qu'on les laisse de côté sans aucun inconvénient appréciable.

M. Rayer montre ensuite qu'on ne peut éviter dans l'enseignement comme dans la pratique l'admission de ces *moyennes*, de cette *probabilité*. Tous les préceptes relatifs à l'administration des médicaments, toute la posologie repose sur des moyennes. Il en est de même en pathologie : on a dans l'esprit, *l'image moyenne* d'une maladie, qui fournit des secours incontestables pour diriger la thérapeutique. Les adversaires de la statistique nient la réalité de ces secours, ils soutiennent que chaque cas individuel est un cas

particulier qu'il s'agit de distinguer ; il faut donc, d'après cela, soutenir que jamais deux faits ne se ressemblent, que jamais la pratique ne s'y comporte de même ; que jamais la théorie n'est en droit de les assimiler l'un à l'autre. M. Rayer démontre que réduite à ces termes, la doctrine des adversaires de la statistique médicale est insoutenable ; il suffit qu'il y ait un certain nombre de cas auxquels on applique le même traitement, pour qu'on puisse établir dans une colonne de chiffres ce qu'on a cru être en droit d'établir dans la pratique. M. Rayer avoue qu'il est des maladies complexes, des conditions, des circonstances multipliées, qui se refusent à l'application de la méthode numérique, ou du moins qui demandent une observation attentive avant d'y être soumises ; autrement on serait exposé à prendre pour identiques des objets distincts et à commettre bien des erreurs. Ainsi, dit-il, pour ne citer qu'un exemple, la pneumonie simple, chez l'adulte bien constitué, devra être partagée en tous ses degrés, depuis le râle crépitant du début jusqu'à l'hépatisation, jusqu'à la suppuration ; et ce seront ces différents degrés qui seuls donneront les éléments comparables entre eux. Les pneumonies des nouveaux nés, celles des vieillards, la pneumonie morbilleuse, la pneumonie bilieuse, la pneumonie latente de quelques fièvres typhoïdes, la pneumonie par résorption purulente, la pneumonie par poisons morbides, la pneumonie traumatique, devront être séparément soumises au calcul d'après la même méthode analytique. Que si vous additionnez toutes les pneumonies sans distinction et leurs différentes périodes confusément comme des unités, je le dis hautement, vous arriverez quelquefois à l'absurde, et toujours à des résultats contestables. Plus le diagnostic devient précis, plus de telles comparaisons entre faits semblables sont possibles. Il en résulte que le nombre des *unités médicales* croît et croîtra à mesure que la science arrivera à des résultats plus précis.

On objecte contre la statistique médicale que l'individu est une unité extrêmement variable et qui dérange le calcul : il faut s'expliquer, dit M. Rayer. L'individu ne devient une unité que dans les cas où il diffère de ce qu'on regarde comme l'individu en santé. On ne donne pas de règles particulières et individuelles pour le traitement de la syphilis chez les individus bien constitués, qu'ils aient 18, 20, 30 ou 40 ans, qu'ils se ressemblent ou non, de taille, de figure, de caractère, etc., mais ils deviennent l'objet de règles particulières, s'ils sont atteints de scrofule ou de phthisie pulmonaire, ou même s'ils ont en eux quelque condition qui s'écarte trop sensiblement de l'homme moyen. Alors, dans l'esprit du thérapeu-

tiste, un plus ou moins grand nombre d'*unités accessoires* viennent se grouper autour de l'*unité principale*. Pour ces cas, la statistique fait ce que le praticien a fait, des catégories, et, au lieu d'établir ses calculs sur l'action d'un remède, comme dans les cas simples, elle suppute les effets d'une méthode plus ou moins complexe, ou les effets de certains agents, à des périodes déterminées. Cette multiplication d'unités, dans une même maladie, n'a rien qui puisse constituer une objection contre la méthode en elle-même; elle prouve seulement que les unités qui doivent servir à la thérapeutique sont différentes de celles qui servent à la nosologie.

Après avoir repoussé le reproche fait à la statistique de conduire à des traitements exclusifs et parconséquent dangereux, en montrant ce que sont les indications thérapeutiques, M. Rayer termine ainsi : Admettant, d'un côté, qu'il faut en thérapeutique, subdiviser les groupes des nosographes et saisir dans chaque maladie, toutes les conditions qui ont une valeur pour le praticien; pensant, d'un autre côté, que la subdivision ne peut point aller jusqu'aux petits détails de l'individualité, et que le diagnostic, par l'étude des ressemblances et des différences, doit arriver à des analogues ou des unités, je résume ainsi mon opinion.

1° En médecine, le calcul est devenu un élément de la méthode expérimentale;

2° La méthode numérique donne le nombre des faits observés, et le nombre est un des principaux éléments de la mesure de l'expérience.

3° Les calculs approximatifs faits par les anciens, avec des unités vraies, bien déterminées, ont formulé les préceptes thérapeutiques non contestés.

4° Les calculs approximatifs faits avec des unités mal déterminées (et le nombre de ces calculs en thérapeutique est très-grand), n'ont produit qu'erreur ou illusion.

5° La double condition du progrès en thérapeutique est la détermination précise des unités morbides et la substitution du calcul rigoureux au calcul approximatif.

6° La méthode numérique, pour se faire des éléments sur lesquels elle puisse opérer avec sureté, a besoin de transformer les unités de la nosologie en d'autres unités que j'appellerai thérapeutiques.

7° Enfin, l'application de la méthode numérique à la pathologie et à la thérapeutique doit être accueillie comme un progrès et comme un effort vers des solutions plus promptes et plus rigoureuses.

Ce discours dont nous avons donné des extraits étendus, et presque textuels, à cause de l'importance et de la nouveauté des questions qui y étaient traitées, a été accueilli avec la plus grande faveur et a fait une profonde impression.

— M. Capuron a ensuite soutenu la méthode numérique, qui n'est, selon lui, que l'expérience et l'observation soumises à la raison et au calcul. — M. Desportes, inscrit pour parler dans cette séance, se borne à lire des conclusions favorables à la statistique médicale (1).

Nota. Plusieurs séances supplémentaires ont eu lieu dans ce mois, et quelques communications intéressantes y ont été faites. L'étendue qu'a prise la discussion sur la statistique nous force d'en remettre l'extrait au numéro suivant.

VARIÉTÉS.

M. Dezeimeris vient d'adresser de nouveau au Ministre de l'instruction publique une pétition par laquelle il demande que la chaire d'histoire et de bibliographie médicale, occupée en 1822 par Moreau de la Sarthe, lors de l'illégale destruction de la Faculté de médecine de Paris, soit mise au concours. Le pétitionnaire se fonde dans cette demande, sur ce que l'ordonnance qui, en 1830, a réorganisé la Faculté de médecine, et rappelé les professeurs expulsés, au nombre desquels se trouvait Moreau, laisse explicitement subsister tous les droits au remplacement de ce professeur. Suivant M. Dezeimeris, cette chaire, qui n'a pas été rétablie en 1830, uniquement parce que son titulaire était mort à cette époque, doit être considérée comme vacante, et dès lors, mise au concours d'après les réglements qui régissent la Faculté. — Quoi qu'il en soit de cette question de forme, nous pensons qu'il serait utile à la Faculté, à laquelle ce genre d'enseignement manque tout-à-fait, qu'il serait utile aux élèves qui

(1) Nous nous sommes bornés, dans ce compte rendu des séances de l'Académie, à donner aussi fidèlement qu'il nous a été possible, la substance des discours prononcés contre et pour la statistique médicale. Lorsque la discussion sera terminée, et il faut espérer qu'elle ne tiendra plus que la séance prochaine, nous tâcherons de la résumer et d'en apprécier les résultats.

viennent pulser dans la première Faculté de l'Europe, des leçons qui non seulement les mettent à même d'exercer un art, mais les initient à tous les moyens de cultiver une grande et belle science, nous pensons, disons-nous, qu'il serait utile de voir rétablir, à quelque titre que ce fût, une chaire d'histoire et de bibliographie médicales. On ne peut se refuser à reconnaître qu'il s'est opéré depuis plusieurs années dans les études médicales une heureuse modification; que le goût d'une saine érudition s'y est avantageusement introduit; et cette amélioration réelle peut certainement être attribuée en grande partie à l'influence de M. Dezeimeris, par ses écrits et surtout par sa position à la bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris, qui l'a mis à même de diriger les recherches des élèves et même d'un grand nombre de leurs maîtres. Il est fâcheux pour le succès complet de sa pétition, que M. Dezeimeris, qui seul, de tous les médecins français que nous connaissions, nous paraît appelé par ses études spéciales et sa capacité, à remplir toutes les conditions d'un semblable enseignement, n'en ait pas rendu l'utilité évidente et palpable à tous, par des travaux littéraires plus suivis, et surtout par des cours particuliers, qui auraient démontré ce que peut et doit être cet enseignement, resté nul dans les mains de ceux qui le possédaient jadis.

— M. Ferrus, médecin de la division des aliénés de l'hospice de Bicêtre, commencera ses conférences cliniques qu'il fait chaque année, à cet hospice, le jeudi 15 juin, à huit heures du matin, et les continuera les mardi, jeudi et samedi à la même heure.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de Thérapeutique et de matière médicale, par A. Trousseau et H. Pidoux. *Tome Ier et partie Ire du t.* II. Paris 1836 — 1837, in-8°; chez Béchet jeune.

Le premier volume du traité de thérapeutique de MM. Trousseau et Pidoux a paru, il y a déjà quelques mois. Les auteurs annonçaient alors que le second ne tarderait pas à le suivre. C'est pourquoi j'avais attendu que l'ouvrage fût complet pour en rendre un compte plus exact et plus détaillé. Ce qu'ils viennent de publier

aujourd'hui, n'est, il est vrai, que la première partie du second volume; mais, outre que l'on peut parfaitement juger l'ouvrage sans attendre la dernière, nous devons à nos lecteurs de ne pas tarder plus long-temps à leur signaler un livre utile et bien fait.

Ce n'est assurément pas chose facile que de faire un bon traité de thérapeutique. Tant qu'il s'agit de tracer l'histoire naturelle et médicale d'un médicament, de connaître ses effets physiologiques, c'est une œuvre dont on vient à bout par l'étude, par l'expérimentation, par l'observation. Mais quand, arrivant à l'action thérapeutique, on veut dans un traité, accoler un médicament à un autre, puis à un troisième, etc., puis en former un groupe, et surtout, quand embrassant le groupe dans son ensemble, on veut déterminer son application thérapeutique, oh! alors les difficultés sont plus grandes. Dans le premier cas, mille embarras nés de la différence des doses, de la constitution de l'individu, de la constitution médicale, etc. Puis ensuite, il faut passer en revue toute la pathologie, l'analyser, pour ainsi dire; mettre en présence l'état morbide et le mode d'action, la propriété des agents thérapeutiques.

Cette tâche n'est pas facile à remplir; aussi jusqu'alors les ouvrages de thérapeutique sont-ils des traités de matière médicale et rien de plus. MM. Trousseau et Pidoux l'ont bien senti! ils ont compris que, s'il faut nécessairement s'occuper avec soin de l'histoire particulière de l'agent médicamenteur, il faut aussi donner une large place à l'appréciation et à l'application de son action thérapeutique. Aussi, séparant avec soin le *médicament* de la *médication*, ils ont trouvé moyen de bien faire connaître la dernière dans tous ses détails, sans nuire pour cela aux *minuties* spéciales, si je puis dire ainsi, de l'histoire du premier.

La méthode suivie par MM. Trousseau et Pidoux leur a-t-elle permis de triompher heureusement de tous les obstacles? est-elle pure de tout reproche? évidemment non. Mais j'aurais mauvaise grâce à m'arrêter sur ce point, que les auteurs ont reconnu eux-mêmes; j'aime mieux me hâter de dire, qu'entre cet ouvrage et ceux qui l'ont précédé, il y a un grand progrès, et que le petit nombre d'inconvéniens qu'il partage avec eux, disparaît en grande partie dans la manière neuve dont la thérapeutique y est traitée.

Or, voici la méthode qu'ont adoptée MM. Trousseau et Pidoux. Grouppant les médicaments qui possèdent des propriétés médicales identiques ou analogues, ils les examinent les uns après les autres, sous le rapport de la matière médicale, puis à la fin de ce grouppe dans un chapitre intitulé *Médication*, ils rapprochent, ils résument les mêmes propriétés; ils considèrent toutes les indications thé-

rapeutiques auxquelles elles sont applicables. Ainsi, par exemples, dans la classe des *antispasmodiques*, qui commence le premier volume, après avoir présenté l'histoire de la *valériane*, de *l'asa fœtida*, *du musc*, *du camphre*, *des éthers*, etc., ils s'occupent de la *médication antispasmodique*, c'est-à-dire des *agens* pharmaceutiques qui jouissent de la propriété *spécifique* de modifier heureusement *certains* troubles de l'innervation, et cela d'une manière directe, essentielle, et sans la médiation d'aucune action appréciable entre le médicament et son effet. Ils examinent les médicaments, 1° dans leurs rapports avec l'état nerveux primitif, constituant lui seul toute la maladie à combattre; 2° dans leurs rapports avec l'état nerveux, en tant qu'élément venant s'ajouter aux affections aiguës et chroniques; 3° dans leurs rapports avec l'état nerveux symptomatique.

Vient ensuite le groupe des *stupéfiants* et la médication *stupéfiante*. Puis le groupe des *excitants*, classe très-nombreuse, qui comprend les excitants *généraux*, *spéciaux*, *emmenagogues*, les excitans du *système musculaire*, les excitants *locaux* ou *irritants* : La *médication excitante* et la *médication irritante*, se subdivisent en : 1° Médication *substitutive ou homœopathique*; 2° *Méd. irritante transpositive*; 3° *Méd. spoliative*; 4° *Méd. excitante*; enfin les *altérans* et la *médication altérante*, les *toniques* et la *médication tonique*. Les évacuans, les sédatifs et les antiphlogistiques doivent composer la dernière partie du second volume.

Tel est le plan suivi par les auteurs. Cette rapide exposition suffira pour démontrer qu'aggrandissant leur cadre, ils ont voulu consciencieusement répondre au titre de leur livre.

Aussi ont-ils fait réellement de la thérapeutique; et en effet, en adoptant cette marche, ils se sont trouvés à chaque instant obligés, non seulement d'entrer dans les détails de la thérapeutique appliquée, mais encore d'aborder les hautes questions de thérapeutique générale. On pourrait leur reprocher de pénétrer quelquefois trop avant dans la pathologie; on pourrait leur dire, que, trop préoccupés de bien faire sentir les cas d'opportunité de la *médication*, ils forcent de temps en temps le lecteur à les suivre bien loin de la thérapeutique, que le soin même qu'ils mettent à expliquer leur manière de voir jette dans quelque cas un peu d'obscurité sur leurs explications. Mais ces inconvéniens tiennent sans doute, plutôt au plan qu'ils ont adopté, qu'à la manière dont ils l'ont suivi. Leurs chapitres relatifs aux *médications* n'en sont pas moins remarquables. Cette manière de faire de la thérapeutique, devenue neuve entre leurs mains, jette un grand intérêt dans leur

ouvrage ; cet intérêt, d'ailleurs, n'est nulle part si répandu que dans les chapitres consacrés à la *médication antispasmodique*, et à la *médication irritante*.

Je me suis attaché surtout à signaler cette partie du traité de thérapeutique, parce que c'est là qu'est réellement le cachet de l'ouvrage de MM. Trousseau et Pidoux ; mais tout ce qui a rapport à l'histoire détaillée de chaque médicament, de tout agent thérapeutique, n'est pas fait avec moins de soin, ne présente pas moins d'importance.

Je regrette qu'il me reste tout juste l'espace nécessaire pour signaler à nos confrères les articles les plus remarquables, notamment l'histoire du *muse*, où les auteurs ont consigné les observations de M. Récamier sur la *pneumonie ataxique*; l'histoire du *camphre*, celle de *l'opium*, où sont rassemblées toutes les recherches des auteurs sur les sels de *morphine*, où l'action de l'opium sur le tube digestif est appréciée avec soin ; celle du *cyanogène*, où l'on trouve réunies plusieurs observations intéressantes sur l'action du *cyanure de potassium* appliqué sur la tête dans diverses espèces de céphalalgie ; l'histoire de l'*ergot de seigle*, celle du *mercure*, qui est tout à fait remarquable, par le nombre des travaux dont elle offre le résumé : je dirai toutefois, qu'au sujet du mercure, les auteurs ont adopté quelques opinions fort contestables relativement à son influence sur l'économie, et aux phénomènes secondaires dont il peut être la cause ; et s'il m'était permis d'entrer dans des détails, je dirais encore que tous les praticiens ne partagent pas la confiance presqu'illimitée que MM. Trousseau et Pidoux accordent aux bains de *sublimé* contre plusieurs affections, et notamment contre les maladies chroniques de la peau ; que, s'il est hors de doute qu'ils aient quelquefois réussi, puisque pour les auteurs c'est le résultat de l'observation, il n'est pas moins constant, que dans un très-grand nombre de cas, ces bains n'amènent aucune modification heureuse, ce qui pour moi est aussi le résultat d'observations et d'expériences. Enfin, je signalerai encore, avant de terminer, l'histoire de l'*iode*, celle de l'*or*, celle du *quinquina*.

En résumé, l'ouvrage de MM. Trousseau et Pidoux est véritablement un traité de Thérapeutique. C'est un livre d'une utilité incontestable, non seulement aux élèves, mais encore aux médecins. Ils y trouveront d'une part un résumé complet et bien présenté de ce qui a été fait jusqu'à ce jour, et de l'autre des faits cliniques inconnus, et des résultats intéressants, dus à la propre expérience des auteurs. A. CAZENAVE.

Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne; par M. J. E. Dezeimeris, doct. méd., Bibliothécaire, etc. *Tome III*me *partie 1*re. Paris, 1836, chez Béchet jeune.

Dans un premier article, (voyez t. VIII de la deuxième série des *Archives générales de médecine*, p. 524), j'ai cherché à faire connaître l'esprit dans lequel cet ouvrage a été conçu et exécuté, et je me suis efforcé de donner une idée aussi exacte que possible des deux premiers volumes qui avaient paru à cette époque; aujourd'hui j'ai à rendre compte de la première partie du troisième volume.

Cette partie renferme tous les noms compris entre la syllabe HAG et la syllabe KYP, on y trouve les noms suivants, Hagendorn, Haighton, Hallé, Haller, Hamberger, Harvey, Haygarth, Hebenstreit, Heberden, Hecker, Heister, Van Helmont, Helvetius, Henkel, Hérophile, Hesselbach, Heurnius, Hévin, Hewson, Hey, Highmore, Hildebrand, Hildenbrand, Hillary, Hippocrate, Hoffmann, Home, Houllier, Hunter, Huxham, Ingrassia, Isenflamm, Jenner, Joubert, Jurine, Kaempfer, Kaltenbrunner, Kirkland, Kortum, et une foule d'autres dont l'énumération serait beaucoup trop longue.

Parmi ces noms plus ou moins célèbres, et qui, presque tous se rattachent à des recherches laborieuses, à des découvertes utiles, à de grandes productions scientifiques, il en est trois qui jettent un éclat tout particulier, et que l'on peut mettre sur la même ligne, car les hommes qui les ont portés n'ont été ni surpassés, ni même égalés, chacun dans son genre de mérite, ce sont Haller, Hippocrate et John Hunter.

La biographie de Haller était un sujet digne de la plume de M. Demeizeris, dont le récit, rendu intéressant par des détails convenables et d'utiles réflexions, donne une haute idée du zèle que Haller déploya, pendant toute sa vie, pour l'étude des lettres et des sicences. Son enseignement, la publication de ses nombreux ouvrages, les attaques scientifiques qu'il eut à soutenir, les pays où il vécut tout est exposé avec soin et fidélité. La partie bibliographique de l'article Haller remplit dix pages de petit texte sur deux colonnes; on a peine à croire, qu'une énumération aussi immense ne renferme que les productions d'un seul homme!

L'article Hippocrate est tout-à-fait digne de l'attention des médecins instruits; il se fait remarquer par une grande puissance et une grande sévérité de critique. M. Dezeimeris a très-bien compris sous quel point de vue Hippocrate et ses œuvres doivent être envisagés, dans un ouvrage comme celui qui nous occupe.

« Ce qu'il importe de savoir sur Hippocrate, dit-il, c'est que nous lui devons les premiers et les plus remarquables monuments de la médecine grecque; c'est qu'il instruisit non seulement son siècle et son pays, mais qu'après avoir fourni à la science si volumineuse et si restreinte à la fois des systématiques grecs, des arabes et de leurs sectateurs, la plupart des notions positives qu'elle contenait, rajeuni par une étude plus pure et plus approfondie, il fut encore, au siècle de la renaissance des lettres, le maître, le flambeau de l'Europe médicale moderne ». Mais ses œuvres ont subi de graves altérations dont M. Dezeimeris indique les causes nombreuses. « Les *œuvres* d'*Hippocrate* sont, dit-il, depuis plus de dix-sept siècles, dans un état qui en rend la lecture suivie à peine supportable; un désordre presque perpétuel fatigue la constance du lecteur le mieux éprouvé, et des contradictions flagrantes, dans les faits et dans les doctrines, lui font tomber le livre des mains. Et cependant, nul ne peut nier qu'il n'y ait là les conceptions d'un des plus beaux génies de l'antiquité, les découvertes d'un des plus grands observateurs, les leçons d'un des esprits les plus judicieux et les plus exacts. La difficulté est de tirer de ce chaos des œuvres d'Hippocrete, ce qui est *son œuvre* ou digne de l'être ». C'est une tâche que M. Dezeimeris a entreprise et dont son article offre un excellent échantillon. Après de savantes considérations sur les premiers temps de la médecine, et sur les doctrines qui régnaient quand parut Hippocrate, M. Dezeimeris fait connaître la révolution que fit ce dernier dans les sciences médicales, et l'esprit dans lequel cette révolution fut opérée: sujet important, sur lequel M. Dezeimeris se montre entièrement original, et où il présente Hippocrate sous le jour le plus favorable. Ensuite il s'attache à montrer sous leur vrai point de vue, les principaux ouvrages d'Hippocrate, qui ont été trop souvent loués et blâmés outre-mesure, et appréciés de la manière la plus inexacte. Enfin, des extraits nombreux, bien choisis, composent une exposition générale et abrégée des connaissances du père de la médecine: cette première partie de l'article est contenue dans près de cinquante pages. La seconde partie, qui occupe vingt pages, en petit texte, sur deux colonnes, renferme l'énumération de toutes les éditions des divers ouvrages d'Hippocrate, celle des principaux commentaires qui ont été publiés sur les aphorismes, celle des éditions tant grecques que latines et françaises des œuvres complètes, et enfin les classifications des ouvrages de la collection hippocratique faites par les critiques les plus habiles qui s'en soient occupés.

Comme les deux hommes qui viennent d'être cités, Hunter

est un de ces génies puissants, infatigables, qui n'apparaissent que de loin en loin. « Il n'a traité, dit M. Dezeimeris, aucun sujet de physiologie, de médecine ou de chirurgie, dans lequel il n'ait mis de l'originalité; en le lisant, on est entraîné malgré soi, à se méfier des opinions qu'on avait jusqu'alors conçues. On se sent, pour ainsi dire, transporté dans un monde nouveau dont on n'avait pas d'idée, et c'est surtout en donnant à penser qu'il a rendu de grands services à l'art qu'il exerçait ». Et cet homme prodigieux dont toute la vie a été consacrée au travail le plus assidu et aux recherches les plus consciencieuses, à qui l'on doit un des plus beaux musées anatomiques qui existent, et des ouvrages qui sont tous marqués au coin de l'observation et du génie, n'est guère connu en France que par la renommée et par les citations de ses élèves. Parmi ses écrits, il y en a un grand nombre qui n'ont jamais franchi la Manche, et qui sont restés presqu'inconnus à ses compatriotes eux-mêmes. A l'exception de son *Traité du sang et de l'inflammation*, qui a été traduit d'une manière inexacte et souvent même illisible, ses œuvres n'ont jamais été rendues dans notre langue. Il y a là une grande lacune à combler pour la littérature médicale française. Sans doute la tâche serait lourde, hérissée de difficultés; mais le résultat serait éminemment utile.

Je me bornerai à ces trois citations; mais je m'empresse d'affirmer que tout ce que j'ai dit des deux premiers volumes du *Dictionnaire historique de la médecine* s'applique entièrement à la première partie du troisième. On y trouvera la même richesse d'érudition.

G. Richelot.

Traité élémentaire des maladies des enfants, ou *recherches sur les principales affections du jeune âge, etc. etc.*, avec des notes de M. le docteur Baron, médecin de l'hospice des enfants-trouvés, par M. A. Berton, chirurgien de la garde municipale de Paris, etc. 1 vol. in-8° de 500 pages. Paris, 1837, chez J. B. Baillière.

L'auteur, dans un avant-propos, allant au devant des reproches qu'on serait en droit de lui adresser sur les lacunes assez nombreuses que renferme son ouvrage, annonce qu'il n'a point prétendu enrichir la science d'un traité complet des maladies des enfants, mais qu'il a voulu publier seulement des recherches sur les principales affections relatives à cette partie de l'enfance qui s'étend depuis la première dentition jusque vers l'âge de la puberté. Il renvoie d'ailleurs à l'ouvrage de Billard, pour tout ce qui con-

cerne les enfants nouveaux-nés. Après une telle déclaration, on aurait, il nous semble, mauvaise grâce de faire la guerre à des omissions préméditées : bornons nous donc à faire connaître à nos lecteurs par une analyse succincte, le plan de ce travail, qui est divisé en huit parties.

Dans la première, M. Berton insiste avec force, et suivant nous, avec raison, sur la nécessité d'accorder une attention spéciale aux maladies des enfants. Il examine ensuite rapidement la plupart de ces affections, en les comparant à celles des autres âges, et termine par un court exposé des divisions de l'enfance et par quelques idées théoriques, auxquelles ont pourrait désirer un peu moins de vague et plus de précision.

La seconde partie comprend l'étude des irritations et des phlegmasies de l'appareil cérébro-spinal, considérées sous le rapport de leur nature, de leur siége, de leurs phénomènes, de leur durée, de leurs suites, de leur traitement, de l'identité ou des variétés de leurs symptômes, de leurs lésions, etc. — Tout ce chapitre est plein d'intérêt, mais il en eût gagné certainement encore si l'auteur eût discuté comme elles méritaient de l'être, les opinions de MM. Rufz et Gerhard sur les causes de la méningite.

Dans la troisième partie se trouvent plus particulièrement décrites les affections gastro-intestinales, et dans la quatrième, la pneumonie, la pleurésie et les diverses variétés de bronchite.

La sixième partie est consacrée toute entière à la dégénérescence tuberculeuse en général, et à celle des ganglions bronchiques en particulier. C'est l'une des meilleures et des plus complètes assurément. L'ouvrage est terminé par une table analytique, espèce de dictionnaire en raccourci, suivie de soixante-treize observations avec nécropsies, et d'une table générale des matières avec une ébauche de classification nosologique.

Quelques points de pathologie, déjà précédemment traités par l'auteur dans un ouvrage publié en 1834 (1), se trouvent reproduits dans celui-ci, avec les corrections, changements et additions qu'il a cru nécessaire d'y apporter. On lit aussi çà et là des notes dues à l'obligeance de M. Baron, et leur intérêt ne fait qu'ajouter aux regrets de les trouver si courtes et si rares.

---

(1) Recherches sur l'hydrocéphale aiguë, sur une variété particulière de pneumonie, et sur la dégénérescence tuberculeuse ; par M. A. Berton. Paris, 1834, in-8°.

En définitif, l'ouvrage de M. Berton nous paraît être le fruit de laborieuses et consciencieuses recherches. Sans doute il laisse à désirer plus de concision, plus d'ordre, plus de clarté. Mais tel qu'il est, il sera utilement consulté par tous ceux qui voudront s'occuper de l'étude des maladies des enfants. — Espérons d'ailleurs que de nouvelles observations permettront à l'auteur de le compléter dans d'autres éditions. G. Blache.

Recherches microscopiques sur la nature des mucus, etc.; *par* M. DONNÉ, Paris, 1837 in-8° 70 pages. Chez les libraires de médecine.

Déjà nous avons eu occasion, dans ce Journal, de signaler la tendance particulière des travaux de M. Donné : c'est en appelant à son secours les lumières de la chimie et de la physique, que cet auteur cherche à éclairer les questions médicales. Nous avons applaudi à ses efforts, parce que depuis de longues années nous sommes resté convaincu que tout l'avenir de la médecine se trouve dans les applications judicieuses des sciences exactes. Cette proposition ne serait pas admise sans contestation, nous ne l'ignorons nullement; mais, bien qu'elle soit facile à établir sur des bases solides, nous la laisserons de côté, pour nous occuper de la nouvelle publication de M. Donné.

Les recherches dont nous avons à rendre compte, portent sur les mucus et la matière des écoulements génito-urinaires chez l'homme et chez la femme. Il résulte de l'examen physico-chimique de ces matières, que, dans l'un et l'autre sexe, le pus de la blennorrhagie urétrale est alcalin, formé de globules semblables à ceux des autres espèces de pus, et qu'il se prend comme eux en une masse visqueuse et filante, par l'ammoniaque. Le pus des chancres du gland et de la vulve est également alcalin ; ses globules sont moins nets, et il *renferme constamment des vibrions.* Il est à remarquer que ces animalcules ne se retrouvent ni dans la matière sébacée du prépuce, ni dans le pus d'un vésicatoire appliqué sur le gland, chez un sujet non syphilitique, ni dans celui des bubons, des ulcères vénériens situés dans les autres parties du corps; on ne les trouve pas non plus dans les pus fétides altérés par les influences de l'air, tandis qu'ils existent dans celui qui provient des chancres de la vulve. Quel rôle jouent ces animalcules dans la production du chancre? Cette question est la seule qui doive être soulevée, car leur présence exclusive sur le gland prouve qu'ils ne sont ni caractéristiques du virus vénérien, ni indispensables à sa transmission. Pour la résoudre,

on a inoculé le pus de chancre, riche en vibrions, sur la cuisse du malade qui l'avait fourni : le surlendemain, il existait une pustule pleine d'une sérosité abondamment fournie d'animalcules. La même expérience, répétée avec du pus dont on avait tué les vibrions par l'addition d'eau vinaigrée, n'a donné ni pustule ni ulcération dans deux cas sur trois. Est-ce à leur mort qu'il faut attribuer cette nullité d'action? Les faits sont sans doute trop peu nombreux pour trancher la question, mais ils suffisent pour autoriser de nouvelles recherches.

Les écoulements vaginaux dont s'occupe ensuite M. Donné, lui fournissent d'intéressantes remarques : le mucus pur est constamment acide; il renferme des corps ovalaires, de quatre à cinq centièmes de millimètre de longueur, d'apparence squammeuse; peut-être ne sont-ce là que des débris de l'épithelium (*Raspail*)? L'acidité de ce mucus devient très forte par l'inflammation. Quant à la nature de l'acide qui s'y trouve, M. D. est porté à croire d'après quelques tentatives que c'est de l'acide acétique : l'apparition du pus dans le mucus vaginal se décèle par l'existence des globules caractéristiques de cette humeur.

Ici, je ferai observer toute l'importance du fait annoncé par M. D.; chacun sait combien il est difficile de distinguer les écoulements purulents du vagin, de ceux qui ne sont que muqueux; à l'aide du microscope, ou même d'une simple loupe à court foyer, on résoudra de suite la question. Je dois cependant ajouter que ma conviction sur ce point est loin d'être complète; je n'ai pas encore pu vérifier le fait, comme je l'aurais désiré; mais ce que je puis affirmer, c'est que dans les autres mucus, et particulièrement dans le mucus nasal, les globules apparaissent aussitôt qu'il perd sa transparence, sans qu'il y ait la moindre irritation de la membrane pituitaire, et que je n'ai jamais réussi à distinguer de cette manière la présence du pus dans la matière de l'expectoration des phthisiques.

Quand l'écoulement est mucoso-purulent, on y trouve un infusoire que M. D., qui l'a découvert, appelle *trico-monas vaginal*. La forme en est assez simple; il consiste en un corps globuleux, parfaitement distinct d'un appendice filiforme, simple et quelquefois bifurqué, situé à son extrémité antérieure, et doué de mouvements brusques et rapides; latéralement et à la base de l'appendice, se trouvent des cils animés d'un rapide mouvement de rotation, destinés, suivant l'auteur, à remplir l'office de mâchoires. M. Donné admet, toutefois avec réserve, que ces animalcules sont caracté-

ristiques de la blennorrhagie vaginale syphilitique. — La coexistence d'une des ulcérations du col de la matrice avec la vaginite purulente suffit pour exclure le *trico-monas* de la matière de l'écoulement; c'est qu'alors le mélange du mucus utérin qui offre constamment une réaction *alcaline*, détruit ceux qui existent, et en empêche la production ultérieure. La différence de réaction sur les couleurs végétales des mucus utérin et vaginal, peut donc offrir un moyen souvent utile de déterminer, sans avoir recours au toucher, la source d'un écoulement.

M. Donné termine cette section de son ouvrage en promettant un travail sur l'influence que les humeurs dont nous venons de parler exercent sur les zoospermes, et d'où résultent quelques causes de stérilité chez la femme : ces recherches ont déjà reçu de la publicité dans une thèse qui vient d'être soutenue, il y a quelques jours, sur *l'impuissance et la stérilité*; et ce qui y a été dit nous fait désirer vivement l'apparition d'un ouvrage original.

La dernière question de la brochure de M. D. est consacrée aux détails du traitement de la blennorrhagie, à l'aide de suppositoires de baume de copahu et de poivre cubèbe unis au beurre de cacao.

On voit d'après ce rapide exposé, que le travail de M. D., malgré son peu d'étendue, soulève une foule de questions du plus haut intérêt. Sans doute, nous ne les regardons pas comme définitivement résolues, mais quel qu'en soit le résultat, le mérite d'avoir appelé sur elles l'attention du monde savant, n'en est pas moins réel.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

JUIN 1837.

Lettre à M. Velpeau, *sur les luxations fémoro-tibiales; par* J. F. MALGAIGNE, *agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien du Bureau central.* (suite)

II. DES LUXATIONS EN AVANT.

1° *S'il n'y a pas de luxations incomplètes en avant?*

Vous paraissez, Monsieur, avoir sur cette question une opinion plus arrêtée que sur les luxations en arrière; en effet, vous n'admettez plus ici cette variété qu'il m'a été permis tout à l'heure de rapprocher des luxations incomplètes. Je pourrais combattre vos raisonnements généraux, comme je l'ai fait déjà, par des raisonnements généraux; bien plus, ayant cherché à produire des luxations du tibia en avant, sur le cadavre, j'ai trouvé le déplacement incomplet beaucoup plus facile à obtenir que l'autre; mais tout cela ne conclut qu'à leur possibilité, et vous ne la niez point d'une manière absolue. Le fait suivant, qui vous a échappé, me semble propre à établir leur réalité.

OBS. Ire. *Luxation incomplète du tibia en avant; par Percy.* — «Un canonnier fut frappé par le levier d'un cabestan inopinément détendu, et reçut le coup sur la rotule, qui fut comminuée, et dont on fit l'ablation totale, lors du premier appareil. On reconnut ensuite une luxation incomplète du genou d'avant en arrière, et on la réduisit, non sans peine pour les chirurgiens, et sans d'affreuses douleurs pour le patient. Étant arrivé vers la fin du pansement, j'aurais bien voulu que la cuisse eût été amputée; mais plusieurs officiers et autres militaires ayant été témoins de l'opé-

ration et des tortures que venait d'essuyer le canonnier, j'avoue que je n'osai pas le faire souffrir davantage, et l'amputation fut remise à un autre temps : je fus même tenté de m'applaudir les jours suivants de ne l'avoir pas faite, tant ces jours furent calmes et rassurants. Mais tout-à-coup, les douleurs les plus vives, la tuméfaction rénitente du genou, la formation de cinq ou six foyers à la fois, la fièvre, le délire, m'annoncèrent qu'il n'y avait plus rien à espérer, ni de l'amputation, ni des autres remèdes ; et en effet, la mort survint le neuvième jour.

« Les traces de l'inflammation délétère des parties blanches étaient manifestes ; plusieurs cartilages étaient décollés ; les ligaments inter-articulaires déchirés. Une sanie fétide inondait déjà l'articulation, et l'épaississement de la capsule mettait le comble au désordre. »

Quelques lecteurs pourraient remarquer que cette expression, une *luxation d'avant en arrière*, ne désigne pas bien clairement la luxation en avant. Mais vous savez, monsieur, que Percy faisait son rapport sur une observation de luxation réelle en avant, que l'auteur avait appelée en *arrière*, attribuant au fémur le déplacement que l'usage général est de rapporter au tibia ; et le rapporteur a adopté cette façon de parler sans y faire attention. Le lieu du choc indique d'ailleurs que c'est bien le fémur qui a dû être jeté en arrière ; et quant à la nature de la luxation fémoro-tibiale, il était à-peu-près impossible de s'y méprendre après une aussi large brèche faite à l'articulation.

Voilà donc une luxation incomplète, la seule à la vérité que j'aie trouvée ainsi reconnue et nommée par l'auteur même. Mais parmi le nombre de celles que l'on a données comme complètes, ne s'en trouverait-il pas quelques-unes qui mériteraient mieux un autre nom ? Question bien plus ardue que la précédente, et que je vais pourtant essayer d'éclaircir.

2° *Quels sont les signes du diagnostic différentiel des luxations complètes et des incomplètes ?*

Si Percy avait pris la peine de nous décrire bien exacte-

ment les phénomènes produits par la lésion dont vous venez de lire l'histoire, nous n'aurions qu'à comparer et à conclure; mais il a gardé sur ce point un complet silence. Si d'une autre part, nous possédions une exacte séméiologie de la luxation complète, il serait facile encore, même *à priori*, de signaler les symptômes qui ne sauraient être produits par un déplacement imparfait; et surtout, en l'appliquant aux observations détaillées, de voir quelles sont celles qui s'en écartent. Dans cette espérance, j'ai eu recours à la description que vous avez donnée; je la transcris textuellement.

« Les condyles du tibia forment une saillie considérable au devant de l'extrémité inférieure du fémur; la rotule, plus élevée que de coutume, inclinée à droite ou à gauche, tend à se tourner en haut par sa face cutanée; on voit en bas et sur le devant de la cuisse, une échancrure profonde, que masque seule la présence du muscle triceps; les condyles du fémur, qui proéminent fortement en arrière, semblent être enfournés dans le mollet; la face postérieure de leur échancrure réagit avec force contre le nerf poplité interne, la veine et l'artère poplitée, dont il est quelquefois possible alors de sentir les battements; il est plus aisé de porter le talon en arrière qu'en avant; le raccourcissement est souvent de plusieurs pouces. »

J'ai médité cette description, Monsieur, et j'avoue que si quelqu'un, en face d'un malade qui en offrirait tous les traits, me soutenait que le déplacement est incomplet, je n'y trouverais pas de bien fort argument pour lui répondre. Il y a, à la vérité, le raccourcissement qui jugerait la question; mais s'il n'était que d'un demi pouce, par exemple, comment ferais-je pour le constater à coup sûr? Cela n'est pas facile, et surtout vous n'en donnez pas les moyens.

M. Lavalette a cru avoir trouvé un signe pathognomonique. Selon lui, la jambe peut être fléchie dans les luxations complètes, ce qui n'a jamais lieu dans les luxations incomplètes, au moins dans les articulations ginglymoïdales. Cette

remarque aurait une haute importance si elle était exacte ; mais dans la luxation du cubitus en arrière, par exemple, la flexion est de toute impossibilité, et dans nos deux cas de luxation incomplète en arrière du tibia, les deux malades fléchissaient assez bien la jambe. A la vérité, le déplacement datait de loin, et peut-être ce phénomène n'avait-il pas lieu dans les premiers temps ; et enfin, peut-être encore, cette différence dans la gêne des fonctions serait-elle plus prononcée dans les luxations tibiales en avant, que dans toutes les autres. Mais, c'est un mauvais guide qu'un peut-être, et j'avais besoin de quelque chose de plus certain ; je recourus à un moyen qui m'a plus d'une fois déjà merveilleusement servi, l'expérimentation sur le cadavre.

Sur un sujet jeune et robuste, je divisai autant que je pus, les ligaments croisés, le ligament postérieur, le tendon du poplité, et enfin, le ligament latéral externe. Je produisis sans difficulté, une luxation incomplète du tibia en avant. Les symptômes étaient : le tibia porté fortement en avant ; le rebord antérieur de sa tête fortement élevé, ce qui, le rapprochant du bord inférieur de la rotule, raccourcissait d'autant la jambe à la première vue ; la rotule relevée aussi haut que dans l'extension complète de la jambe sur la cuisse ; son ligament très-relâché et saillant au-dessous et au devant d'elle, par dessus la tête tibiale ; de chaque côté une dépression par où le doigt plongeait dans les cavités tibiales. En arrière, les condyles du fémur fesaient une forte saillie, principalement le condyle externe, à qui la section de son ligament laissait plus de liberté ; aussi se portait-il même un peu en dedans, si bien que le tibia était à la fois luxé en avant et très-légèrement en dehors. Lorsque la jambe était dans l'extension forcée, la saillie du condyle interne, en arrière de sa cavité, était de 14 lignes, celle de l'externe, de 18 lignes. La moindre flexion de la jambe les faisait un peu rentrer tous deux. Le dégât à l'intérieur était moindre que je ne l'avais cru ; la portion du ligament croisé postérieur qui se rend au cartilage

semi-lunaire externe, était restée intacte. Le ligament latéral interne et toute la portion antérieure de la capsule n'avaient nullement souffert.

Ces symptômes soigneusement notés, je procédai à la luxation complète ; il me fallut pour cela diviser ou déchirer le ligament latéral interne. Mais à l'aide de ce sacrifice, je parvins à mettre le tibia tout-à-fait en avant du fémur, c'est-à-dire, que celui-ci n'appuyait plus que par l'angle antérieur de ses condyles, sur cette portion déclive que l'on remarque en arrière des cavités articulaires du tibia. Or, je notai alors les signes que je vais dire.

La saillie du tibia en avant, et au-dessous du fémur, était presque double de ce que l'avait offerte la luxation incomplète ; sa face antérieure semblait se continuer en haut avec le ligament rotulien soulevé par le tissu adipeux qu'il recouvre ; ce ligament se repliait ensuite presque à angle droit en arrière, pour se rattacher à la rotule. Celle-ci, couchée presque horizontalement sur le milieu de la face articulaire du tibia, sans nulle tendance à s'incliner ni à droite ni à gauche, regardait presque directement en haut par sa face sous-cutanée, à peine encore un peu inclinée en avant. Entre elle et la masse charnue des muscles qui s'y insèrent, se voyait un sillon demi-circulaire, à concavité inférieure, qui formait une séparation presque abrupte entre la face antérieure de la cuisse, et la face externe de la rotule devenue supérieure. Quand le tibia était maintenu étendu dans une direction parallèle à celle du fémur, le rebord antérieur de sa surface articulaire pouvait remonter à un pouce et quart au-dessus du niveau de la face inférieure du condyle fémoral externe ; en fléchissant la jambe en avant, la différence allait à deux pouces et plus. Le compas d'épaisseur ayant une branche placée sur la tubérosité tibiale, et l'autre sur la face postérieure du condyle externe qui, comme on sait, proémine plus que l'autre en arrière, mesurait 5 pouces et quelques lignes. A l'intérieur, rien de plus à noter, si ce n'est que le paquet adipeux sous-

rotulien, étant renversé sur la crète du tibia et de chaque côté sur les cavités articulaires qu'il comblait en partie, formait à la rotule un épais coussin de graisse ; ce qui explique pourquoi elle ne penchait ni à droite ni à gauche, comme vous l'aviez indiqué dans votre description.

A voir une pareille différence de symptômes, je me serais volontiers écrié comme Archimède : *Je l'ai trouvé!* La rotule dont les situations diverses m'avaient été d'un si grand secours pour établir le diagnostic différentiel des luxations en arrière, ne m'était pas d'une utilité moins précieuse en avant ; et en effet, quand le tibia ne sera luxé qu'à moitié, la rotule ne peut qu'être poussée un peu plus en avant avec lui, tandis que si elle est complètement déplacée, elle peut, elle doit se trouver couchée sur sa face articulaire. Il y a bien encore cet énorme agrandissement du diamètre antéro-postérieur du membre ; malheureusement aucun observateur n'a songé à le mesurer, et c'est un élément du diagnostic qu'il faut seulement léguer à l'avenir. Mais la position de la rotule a été notée par quelques-uns ; voilà le fil conducteur qui nous guidera à travers cet assemblage confus d'observations.

Nous allons d'abord, monsieur, si vous le voulez bien, déblayer le terrain d'un certain nombre de faits qui ne prouvent ni dans un sens ni dans l'autre. Vous les aviez donnés comme exemples de luxations complètes ; cela vous était permis, puisque vous n'admettiez que celles-là. Dès que la question change de terrain, elles deviennent douteuses, et conséquemment inutiles.

La première est celle de Mégès. « Mégès, dit Celse, assure avoir guéri un homme dont le genou s'était luxé en devant. » Celse, qui ne distingue pas de luxations complètes ou incomplètes, ne dit point que celle de Mégès fut complète ; il le dirait, que nous n'en tiendrions pas plus compte. Nous cherchons des preuves, et non des assertions.

Sautons jusqu'au 19e siècle ; vous citez, d'après les *Archives*, un fait de M. Duvivier. On lit dans les *Archives* : « M. Du-

vivier présente un officier supérieur des gardes-du-corps, qui l'année dernière, fit une chute de cheval, et se luxa la jambe gauche sur la cuisse, de telle sorte que le tibia était porté en *devant et en dehors* du fémur. La réduction a été opérée, et cet officier est bien guéri aujourd'hui; il conserve seulement une grande difficulté dans les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse, et ces mouvements sont très-bornés. » Vous voyez, monsieur, que M. Duvivier n'a pas touché à la question qui nous occupe, et que la lésion qu'il a vue n'est pas même une luxation directe en avant. A la vérité, cette dernière raison ne vous paraît pas un obstacle : ainsi, vous ralliez aux luxations en avant le fait de M. Gerdy, où le déplacement était en avant et en dedans; mais la différence des symptômes me paraît de nature à repousser le rapprochement; et j'élaguerai ponr le présent cette observation, aussi bien que celle de M. J. Cloquet, qui est également en partie latérale.

Du reste, sir A. Cooper va bien plus loin que vous; car il professe que dans ces luxations, le fémur est jeté un peu latéralement en même temps qu'en arrière; mais ni la configuration anatomique, ni l'expérimentation sur le cadavre, ni les faits recueillis sur le vivant, ne légitiment cette assertion. Vous lui attribuez trois observations de ce genre. La première n'est guères qu'un simple souvenir; après avoir indiqué le déplacement du fémur en arrière, dit que cet os exerce sur l'artère poplitée une compression telle qu'elle fait cesser les battements de la pédieuse, et enfin que le tibia et la rotule sont entraînés en avant par le muscle droit; il ajoute que ces symptômes existaient chez un homme qui entra à l'hôpital de Guy, en 1802, et chez qui la réduction fit reparaître les pulsations de l'artère pédieuse. Assurément, il serait difficile de deviner à cette description rapide, quel était le degré de la luxation. Le fait n'est pas cependant sans intérêt, même pour la symptomatologie, car vous avez dit : qu'*il est quelquefois possible de sentir les battements de l'artère*

poplitée, et voici un cas qui prouve que, quelquefois au moins, cette artère est tellement comprimée, que le sang n'y passe plus.

Celui qui vient après n'appartient pas à Sir A. Cooper lui-même; il lui a été communiqué par M. Toogood. « François Newton, sujet athlétique, âgé de 30 ans, tomba du devant d'un wagon pesamment chargé de charbon, et s'étant embarrassé le pied dans les traits, fut traîné à une très-grande distance avant d'être relevé. Je le vis, dit M. Toogood, deux heures après l'accident. Le genou gauche était fortement gonflé; le tibia, le péroné et la rotule étaient remontés au-devant de la cuisse; le fémur occupait la partie supérieure du mollet, le condyle interne perforait presque la peau. C'était une luxation complète, et l'aspect du membre était si affreux, que je désespérais de la réduction, qui, à ma grande surprise, offrit peu de difficulté. » Etait-ce bien en effet une luxation compléte? cela me paraît assez probable. Toutefois, une logique sévère permettrait d'en douter, surtout à raison du gonflement qui devait masquer les parties, et du peu de précision des symptômes décrits. Cette saillie plus grande du condyle interne ne signifie pas absolument que le tibia était déjeté un peu en dehors; nous savons en effet que le condyle fait en arrière une plus forte saillie que l'externe.

Vous rangez encore parmi les luxations en avant, celle que sir A. Cooper a décrite sous le titre de luxation compliquée; la description a pu vous induire en erreur, bien qu'il s'y trouve notée une luxation de la rotule, laquelle ne se rencontre jamais avec les luxations en devant; mais la gravure vous aurait mieux détrompé encore. Nous retrouverons cette observation, en parlant des luxations en dehors.

M. Garnier a rapporté dans sa thèse une observation qui lui avait été communiquée par un officier de santé des environs du Fort-Royal, à la Martinique.

Obs. IIe. — Un nègre s'élançant de terre dans une pirogue, lui

communiqua une secousse violente, qui fit chanceler les autres noirs qui y étaient déjà. L'un d'eux, cherchant à reprendre son équilibre, laissa tomber son aviron qu'il tenait debout. L'aviron tomba au-dessus du genou de la jambe qui se trouvait en avant; de là, la luxation. « Le membre était dans l'extension, dit l'auteur, ses deux extrémités fixées, l'une dans l'articulation coxo-fémorale, et l'autre sur la pirogue. Le genou devait céder à la force du corps contondant; le fémur glissa derrière les tubérosités tibiales, et l'extrémité articulaire du tibia passa au-devant des condyles : il n'y eut pas de plaie à la peau. La luxation fut réduite avec facilité, et la guérison parfaite après un mois. Le traitement fut simple, il consista en applications émollientes et en un repos absolu. »

L'observation est, comme vous voyez, fort concise; j'inclinerais assez à croire que le déplacement était incomplet, mais c'est une pure présomption sans preuves.

Ainsi, de vos quinze faits de luxations en avant, en voilà déjà huit qui sont équivoques; et si, des sept autres, vous en ôtez trois qui appartiennent aux luxations compliquées de plaies, et qui offrent des caractères particuliers, il ne vous restera que quatre observations pour établir la symptomatologie. Heureusement, je pourrai y en ajouter quelques autres non moins intéressantes, et propres à confirmer mes résultats.

Voici d'abord l'une des plus belles et des plus complètes que nous possédions; c'est celle de M. Lavalette, qui vous a fait faute pour votre travail.

Obs. IIIe *Luxation complète du tibia en avant, par M. Lavalette* (1). — « Le 6 juillet 1815, je fus appelé dans la salle civile des hommes de l'hôpital d'Auxonne, pour y examiner et soigner le nommé Jacquet Desgranges, de cette ville, qui venait d'être couvert en partie par un éboulement de terre, en travaillant aux réparations des fortifications de la place. Arrivé près de lui, je trouvai le pied gauche incliné en dedans, et la jambe presque étendue avec raccourcissement. Une dépression considérable exis-

---

(1) *Journal complémentaire*, t. 1, p. 327.

tait au-dessus des condyles du fémur (*Sic.*). Au premier abord, je soupçonnai l'existence d'une fracture de l'extrémité inférieure de cet os; car la tumeur qui existait au devant du genou, jointe aux mouvements de flexion et d'extension que je pouvais faire exécuter à la jambe, mais qui, à la vérité, étaient douloureux, n'avait fait qu'augmenter mes doutes sur la nature de l'accident. Cependant, ce premier examen me paraissant insuffisant, je cherchai à m'assurer de la position de la rotule; je la trouvai fortement refoulée en haut et placée de champ, de manière que son bord inférieur était devenu antérieur, et le supérieur postérieur; elle s'appliquait par sa face postérieure sur la surface articulaire de l'extrémité supérieure du tibia, dont on sentait distinctement les côtés sous les téguments. Le tendon, ainsi que la portion inférieure des muscles extenseurs de la jambe, était fortement refoulé en haut, et dans le plus grand relâchement possible; état que partageaient aussi le couturier, le demi-tendineux, le demi-aponévrotique et le droit interne. Je reconnus dès-lors que j'avais affaire à une luxation complète du tibia en avant; et j'en fus d'autant mieux convaincu, qu'en portant la main dans la région poplitée, je sentis distinctement les deux condyles articulaires du fémur.»

La réduction fut obtenue avec facilité. Il y avait en même temps une fracture du péroné vers son tiers supérieur. Le malade fut mis à la diète; on ne le saigna pas, à raison de son âge : il avait plus de 50 ans, et était débilité d'ailleurs, tant par les travaux de la campagne, que par son mauvais régime habituel; mais on fit des arrosions froides jour et nuit sur le membre, pendant huit à dix jours. Il ne survint pas le moindre accident inflammatoire; la fracture se consolida en six semaines, et le malade sortit de l'hôpital.

Nous retrouverons ce malade en étudiant les conséquences de ces luxations; pour le présent je m'arrête aux symptômes. Or nous trouvons :

1° La jambe presque étendue avec raccourcissement; cette extension ne pouvait pas être déduite de nos expériences sur le cadavre;

2° Le pied incliné en dedans, ce qui semble indiquer une

légère torsion du tibia, bien que l'auteur ne l'accuse pas. Je faiscette remarque en vue de l'opinion de sir A. Cooper ;

3° La saillie du tibia en avant, signe commun d'ailleurs à toute luxation complète ou incomplète, et qui s'accompagne nécessairement de la saillie des condyles fémoraux en arrière ;

4° La possibilité d'étendre et de fléchir la jambe, mais avec douleur ; c'est le symptôme auquel M. Lavalette attribue tant de valeur ;

5° *La rotule appliquée par sa face postérieure sur la surface articulaire du tibia ;* voilà mon signe pathognomonique ;

6° Le relâchement des muscles rotuliens et des quatre muscles qui vont du bassin à la face interne et antérieure du tibia.

Il y a ici deux signes que la luxation est complète ; le mien, que je regarde comme tout-à-fait concluant ; celui de M. Lavalette, sur lequel nous ne pouvons prononcer encore.

Rapprochons de ce premier fait l'observation suivante, que vous n'avez point connue.

Obs. IV° *Luxation complète du tibia en avant, par M. Th. Royère* (1).—« Un soldat de la 2° compagnie du 2° bataillon de l'ex-58° régiment de ligne, d'une bonne constitution et en parfaite santé, courait sur un chemin dont la descente est un peu rapide, lorsque sa jambe droite s'engagea dans un trou jusques vers son tiers supérieur. Le corps entraîné par son poids, tomba sur le côté droit, et le déplacement des surfaces articulaires fémoro-tibiales de ce même côté s'effectua à l'instant.

« M'étant rendu près du blessé, j'observai les désordres suivants. Le membre était dans l'extension, plus court que l'autre d'environ un demi-décimètre (près de deux pouces) ; la jambe, un peu inclinée en arrière et en dehors, était immobile, et l'on ne pouvait la mouvoir sans faire souffrir le malade. L'articulation très-volumineuse, difforme, ne présentait aucune tuméfaction aux parties molles qui la recouvrent. Il était facile de reconnaître antérieurement une tumeur volumineuse, placée au-devant de l'extrémité inférieure du fémur, et formée par les condyles du tibia. La ro-

(1) *Mémoires de médecine, chirurgie et pharm. milit.*, t. XI, p. 310.

tule, inclinée en bas et en arrière, paraissait couchée sur l'épine du tibia de telle sorte que la partie postérieure était inférieure, et l'antérieure supérieure. Au-dessus d'elle, la peau enfoncée transversalement formait un sillon dans le même sens. Il existait derrière la partie supérieure du tibia, une autre tumeur volumineuse, formée par les condyles du fémur, et au-dessous d'elle, un vide formé par l'espace résultant de l'épaisseur de l'extrémité inférieure de l'os de la cuisse. Latéralement, les tendons des muscles fléchisseurs de la jambe, portés en avant par l'effet du déplacement, étaient très-saillants, et formaient des cordes tendues. Toutes ces parties paraissaient très-distinctes, puisqu'elles n'étaient recouvertes que par les téguments. Au reste, les douleurs que le malade éprouvait étaient vives, et attestaient l'étendue du désordre que l'articulation avait éprouvé. »

Je laisse à dessein, comme je l'ai déjà fait pour les précédentes, la suite de l'observation qui se retrouvera plus tard. Les symptômes sont :

1° La jambe dans l'extension incomplète, puisqu'elle était un peu inclinée en arrière ; un raccourcissement notable ;

2° Une légère inclinaison en dehors du même membre, circonstance différente du cas précédent, mais aussi favorable à l'opinion d'A. Cooper ;

3° Les saillies inverses du tibia et du fémur ;

4° L'immobilité de la jambe, ce qui contrarie fortement le signe pathognomonique de M. Lavalette ;

5° L'état de la rotule est parfaitement indiqué ; le sillon transversal qui la sépare de ces muscles, est signalé : il semble même qu'elle ait été soulevée plus haut que dans le cas précédent, par un plus grand chevauchement du tibia ; du moins, c'est ce que semble indiquer ce trait : *inclinée en bas et en arrière*.

6° Enfin, au lieu d'être relâchés, les muscles fléchisseurs de la jambe paraissaient tendus ; variété peu importante sans doute, mais qu'il est bon de noter, et dont on trouverait peut-être la cause dans l'inclinaison différente du pied et de la jambe.

Ainsi, ces deux faits concordent ensemble et se complètent

l'un par l'autre ; seulement, au lieu du sillon demi-circulaire que j'avais trouvé sur le cadavre, M. Royère ne note encore qu'un sillon transversal. Vous trouverez enfin ce symptôme complet dans l'observation suivante, analysée par Richter, d'après Schneider.

Obs. Ve *Luxation complète du tibia en avant, par Schneider* (1). —« Le malade, portant un lourd fardeau, tomba dans un fossé profond. Les deux condyles du fémur furent luxés en arrière et en bas, le tibia en avant et en haut, de manière que les surfaces articulaires ne se correspondaient plus du tout, et que la jambe était raccourcie de trois pouces. Par devant, on voyait la rotule dans un cercle semi-lunaire ; par derrière, les téguments étaient tellement tendus, que leur déchirure était à craindre. La réduction eut lieu facilement, et la guérison fut complète. »

C'est là tout ce que dit Richter. Lorsque mon traducteur m'eut rendu fidèlement ces mots : *dans un cercle semi lunaire*, *in einem halben mondformigen Umkreise*, il était fort en peine du sens réel, comme vous pouvez croire ; et je doute fort que Richter, en copiant cette phrase, ait compris ce que cela signifiait. Mais nous avons maintenant la clef de ce signe ; c'est le sillon du cadavre, qui se retrouve enfin tout entier sur le vivant.

Après cela, monsieur, je ne pense pas qu'il soit besoin d'analyser aussi complètement les autres observations ; je me bornerai à souligner le signe pathognomonique, et à signaler les symptômes qui pourraient différer de ceux que nous connaissons.

Obs. VI. *Luxation complète du tibia en avant, par M. Gardé.* — La veuve Leg., âgée de 55 à 60 ans, revenait un soir par un temps de dégel et d'assez mauvais chemins, portant en outre un fardeau assez lourd, et enfin dans un état assez marqué d'ivresse. « Elle glisse du bord élevé du chemin dans un fossé assez profond. La secousse imprimée au corps la jette en avant sur le revers du fossé, dont le niveau atteignait la partie moyenne des cuisses. Mais les pieds retenus au fond ne permirent pas au corps d'obéir au mou-

(1) Dans la *Bibliothèque de Richter*, t. VI, p. 41.

vement qui le jetait en avant; les fémurs alors supportèrent seuls l'effort de la chute: arrêtés par le bord du fossé, ils furent chassés en arrière; et le gauche glissant en arrière et en bas, alla se loger dans le mollet, sous la masse des muscles jumeaux.

» Arrivé auprès de cette femme, il ne me fut pas difficile de reconnaître, à l'énorme déformation du membre, à son raccourcissement de trois pouces au moins, à la saillie arrondie des condyles du fémur à travers les parties molles de la partie postérieure de la jambe, *à la surface plate que présentait l'extrémité supérieure de celle-ci et sur laquelle était couchée la rotule*; il ne me fut pas difficile, dis-je, de reconnaître le genre de lésion qui existait... La jambe paraissait et était en effet séparée de la cuisse au-devant de laquelle elle était venue se placer; la grande mobilité de ces deux parties du membre permettait sa flexion en avant, et faisait craindre la blessure des troncs vasculaires et nerveux soulevés et fortement distendus par la saillie des condyles. »

Nous trouvons ici la jambe plus mobile que dans aucun autre cas. Serait-ce que quand le raccourcissement est plus grand, et conséquemment le chevauchement des os, les ligaments sont aussi plus complétement déchirés, et permettent par là même plus de mouvements en tous sens? Le raccourcissement est ici évalué à trois pouces au moins; toutefois, j'ai dit ailleurs combien l'apparence pouvait en imposer, lorsqu'on appréciait le raccourcissement à la simple vue; et ceci ne s'applique pas moins aux luxations en avant qu'à celles qui ont lieu dans l'autre sens.

Il me paraît que la luxation dont fut affecté Benjamin Constant doit être aussi rapportée aux luxations complètes, bien que la symptomatologie laisse un peu plus à désirer que dans les cas précédents.

Obs. VII. « Benjamin Constant se promenant à la campagne sur un plan très-incliné, fit une chute. Le poids du corps poussa la partie inférieure de la cuisse en bas et en arrière, tandis que le pied, posant sur le sol, portait la jambe en avant; il en résulta une luxation complète du genou droit. Les deux condyles du fémur étaient placés entre les os de la jambe et les muscles du mollet; l'extrémité supérieure du tibia, *recouverte de la rotule et des*

téguments, faisait saillie en avant. Il y avait un raccourcissement considérable du membre (1). »

Nous trouvons encore ici la mention d'un raccourcissement considérable ; mais était-il réel ou seulement apparent? C'est une question que toutes ces observations recueillies avant nous laisseront toujours indécise, et sans laquelle cependant, ce symptôme, si important d'ailleurs, perd presque tout son poids. En rendant compte de votre article, le rédacteur des *Archives* a rappelé en quelques mots une observation de M. le docteur Jacques, donnée aussi comme exemple d'une luxation complète. Je dois à cet honorable confrère la communication de ce fait, qui n'avait pas été publié dans tous ses détails ; vous y verrez signalé un raccourcissement égal à celui qu'a rencontré M. Gardé ; et malgré cela, je ne suis pas convaincu de la nature complète du déplacement.

Obs. VIII. *Luxation du tibia en avant*, *par M. Jacques*.—Une nommée Lenoir, blanchisseuse, âgée d'environ 36 ans, grande et d'une constitution assez faible, sortant de chez elle, chargée d'une hotte de linge mouillé, fut heurtée de derrière en avant par un cheval qui galoppait et qui la fit tomber sur les genoux par terre. Aussitôt elle ressentit une douleur très-vive à la cuisse droite qui l'empêcha de se relever, et elle s'écria qu'elle avait la cuisse cassée. On accourut à son secours, et toutes les personnes qui lui procurèrent des soins dans ce moment crurent aussi qu'il y avait fracture. La douleur, quoique moins forte, était permanente, et redoublait au plus petit mouvement; c'est dans cet état qu'elle fut portée chez elle, et l'on envoya chercher notre confrère Cabarron qui vint desuite. Sur ce qu'on lui dit, et d'après le raccourcissement de l'extrémité qu'il aperçut, il pensa également que le fémur était fracturé, ce qui le détermina à me faire appeler pour l'aider à en faire la réduction.

Je m'y transportai le plus promptement possible, et j'avoue que sans l'extrême gonflement qui existait à l'articulation, et la direc-

(1) *Gazette médicale*, 1834, *p.* 728. — Je ne cite point les sources où je puise les observations dont M. Velpeau a fait usage, parce qu'il a pris ce soin lui-même ; mais une erreur typographique lui a fait attribuer à l'année 1835 de la *Gazette médicale*, le fait de M. Louyer-Villernay. J'ai cru devoir rectifier l'indication.

tion du pied qui n'était point changée, ainsi qu'elle l'est toujours dans les fractures de la cuisse, j'aurais été d'abord de l'avis de tous ceux qui entouraient la blessée; mais à l'examen particulier, nous reconnûmes bientôt une luxation complète de la jambe; l'extrémité supérieure du tibia, ainsi que la rotule, se trouvant appliquées par leurs surfaces postérieures sur la face antérieure de l'extrémité inférieure du fémur, chevauchant l'une sur l'antre, de manière qu'il était très facile de reconnaître la tête du tibia en avant du fémur, et les condyles de ce dernier en arrière de la jambe; ce qui raccourcissait l'extrémité de plus de trois pouces.

Cette luxation étant reconnue et bien constatée, nous nous occupâmes d'en faire la réduction; et selon les règles de l'art, l'extension et la contr'extension furent faites, tant par M. Cabarrou que par des aides intelligents. Pendant ce temps, je m'occupais de repousser fortement les extrémités articulaires, en les dirigeant de manière qu'elles rentrassent dans leur position respective; et après plusieurs tentatives, nous eûmes la grande satisfaction d'entendre le cliquetis qui a ordinairement lieu au moment de la réduction. Dès lors les douleurs excessives que la malade éprouvait depuis l'instant de sa chute cessèrent entièrement; l'extrémité reprit sa longueur et sa forme natnrelles; je fis faire plusieurs mouvements de flexion et d'extension de la jambe avec la plus grande facilité, ce qui prouva aux assistants qu'il n'y avait aucune fracture.

Après avoir appliqué des compresses imbibées d'un mélange d'eau-de-vie camphrée et d'eau commune, nous contînmes le tout avec un simple bandage circulaire, et nous laissâmes la jambe étendue dans un plan incliné, dont le pied était la partie la plus élevée. Malgré la faible constitution de cette femme, elle fut saignée trois fois dans le même jour; la diète la plus sévère lui fut prescrite, ainsi que l'usage des boissons légèrement acidulées. Le lendemain nous levâmes l'appareil; il n'était survenu aucun gonflement; les douleurs étaient presque nulles, et j'essayai même de faire faire quelques mouvements, qui se firent sans douleur ainsi que la veille.

L'appareil fut réappliqué et entretenu humide pendant quatre jours; au bout desquels, en le levant, nous aperçûmes une ecchymose qui occupait tous les tégnments de la cuisse et de la jambe. Comme il n'y avait que très-peu de douleur, qu'il n'y avait point eu de fièvre, et que l'appétit commandait la malade, nous lui permîmes une légère nourriture, qui fut augmentée par gradation, au

point de lui rendre bientôt son régime ordinaire. Enfin, un mois après cette chute, il ne restait de cette terrible luxation qu'un reste de l'ecchymose, pas la moindre douleur; et la malade marchait aussi librement qu'auparavant, à part encore un peu de faiblesse dans cette extrémité.

Assurément, après les symptômes déduits par l'auteur, le doute que j'ai exprimé sur la nature réelle de la luxation peut sembler téméraire. La principale raison de ce doute, c'est, je l'avouerai, cette description de *la rotule appliquée par sa face postérieure sur la face antérieure du fémur*, phénomène propre selon moi à la luxation incomplète. A la vérité je m'expose au reproche de faire prévaloir un résultat uniquement fourni par l'anatomie et l'expérimentation, sur un résultat donné par l'observation directe; ou, comme diraient quelques uns, la théorie sur la pratique. Car, comment accorder l'idée d'une luxation incomplète avec un raccourcissement de plus de trois pouces? Et d'une autre part, comment supposer qu'un praticien expérimenté ait noté comme aussi considérable un raccourcissement purement apparent?

Dans l'embaras où me jette ce dilemme, je ne peux répondre que par une de ces trois hypothèses : ou bien le signe pathognomonique que je tire de la position de la rotule est équivoque, et peut se rencontrer dans la luxation complète; ou bien la réelle position de cet os a été inexactement notée; ou bien enfin, il y a eu erreur sur le raccourcissement. Quant à l'incertitude du signe invoqué, ce n'est point sur la foi d'une observation au moins trop rapide dans ses détails que je peux l'admettre. Quant aux deux autres suppositions, sans m'arrêter de préférence à l'une ni à l'autre, je trouve cependant dans l'observation même une indication propre à jeter du doute sur l'étendue réelle du raccourcissement. *La direction de la pointe du pied n'était point changée.* Maintenant, si sur un cadavre, vous voulez bien faire descendre le fémur en arrière du tibia à trois pouces, ou même seulement à dix-huit lignes, vous vous

assurerez comme moi que le condyle externe du fémur qui dans la position normale de l'article, proémine bien plus que le condyle interne audevant de la surface articulaire du tibia, se trouve alors rejeté beaucoup plus en arrière par la saillie de la tête du péroné ; et conséquemment que la jambe exécute nécessairement un mouvement de rotation qui porte très sensiblement la pointe du pied en dedans. Vous ne vous convaincrez pas moins qu'alors, non seulement la rotule n'est point et ne peut jamais être appliquée sur le fémur par sa face postérieure ; mais que son bord supérieur, renversé en arrière le plus possible, n'arriverait même au contact du fémur que par une forte flexion de la jambe en avant. Or ce symptôme n'a été rencontré dans aucune des observations précédentes, dans lesquelles la jambe n'arrivait pas même à l'extension complète ; dans une seule, celle de M. Gardé, les mouvements imprimés par le chirurgien pouvaient la lui faire dépasser.

Mais si le raccourcissement réel ne saurait avoir été porté même à 18 lignes, avec cette condition de la rectitude de la pointe du pied, que répondrait-on à un critique rigoureux qui prétendrait que l'observateur a pu être aussi bien trompé de trois pouces que de deux, et qui surtout apporterait en exemple, l'erreur semblable manifestement commise par Lassus ? Mais si la chose est possible, au moins n'est-elle ni démontrée ni démontrable ; c'est pourquoi le doute m'a paru le parti le plus sûr.

Les mêmes difficultés ne se rencontrent point dans l'observation suivante :

Obs. IX. *Luxation incomplète du tibia en avant, par M. Faye, chirurgien de marine.* (1) — Le 14 ou 15 mai 1834, le nommé Gorée-

(1) *Journal complémentaire*, t. XXIII, p. 365. — On rapporte généralement cette observation à M. Garnier, qui était chirurgien en second; mais M. Faye l'avait publiée plusieurs années avant lui, et M. Garnier n'a même fait que copier la rédaction à quelques mots près. Il faut rendre à César, ce qui est à César.

Chéri, âgé de 20 ans, travaillait sur le gaillard d'arrière de la corvette *la Bayadère*; il était monté sur un caisson, lorsqu'une remorque que la corvette avait donnée à un trois-mâts du commerce ayant rompu le crochet qui la bridait sur un des côtés du navire, se débanda avec une force prodigieuse et vint le frapper sur la partie moyenne et antérieure des deux cuisses; il fut renversé du coup.

« J'accourus à ses cris, dit M. Faye, et l'ayant déshabillé sur le pont même, je remarquai une déformation totale de la cuisse gauche, qui d'abord me fit croire à une fracture comminutive du quart inférieur du fémur. Cependant en examinant les parties avec plus d'attention, j'observai le raccourcissement du membre, son immobilité parfaite et la rectitude de la pointe du pied; une dépression considérable à la partie antérieure et inférieure de la cuisse, la mobilité extrême de la rotule en tous sens, et sur chacun de ses côtés un renfoncement très-marqué. Le tendon des muscles droit antérieur et triceps était relâché. A la partie postérieure, au contraire, toutes les parties étaient extrêmement tendues, et je sentis, plus bas que le lieu qu'occupe ordinairement le pli du jarret, des saillies très-prononcées sur lesquelles la peau était fortement tendue, saillies formées par les condyles du fémur. A ces signes, je reconnus une luxation complète de l'articulation fémoro-tibiale. »

Comme vous l'avez vu par le titre même que j'ai donné à l'observation, je ne suis point d'accord avec l'auteur sur la nature de la luxation. Il n'a pas noté le degré de raccourcissement; mais ce qu'il dit de la position des condyles du fémur laisse présumer qu'il était peu considérable. L'immobilité parfaite du membre aurait suffi à M. Lavalette; mais pour moi, je me décide surtout par *cette mobilité extrême de la rotule en tous sens*, tandis qu'elle est bridée par le demi cercle aponévrotique qui la surmonte dans la luxation complète; et par *cet enfoncement très marqué sur chacun de ses côtés*, qui existe à peine quand la rotule est couchée à plat sur l'épine du tibia. Du reste, on ne saurait trouver deux faits plus concluants que cette observation et la précédente en faveur de la luxation directe en avant, et conséquemment plus contraires à l'assertion de M. A. Cooper.

Je regarde également comme incomplète la luxation suivante, empruntée à la gazette médicale de Londres.

Obs. X. *Luxation incomplète du tibia en avant.* (1) — « William Powel, ouvrier attaché aux docks des Indes-Orientales, entra à l'hôpital de Londres, dans le service de sir W. Blizard, avec une luxation complète du genou en avant, produite par la chute d'un tonneau contre sa jambe tandis qu'il travaillait. Le membre était très-déformé, la jambe demi-fléchie et raccourcie, la rotule flottante (*loose*) au-devant de l'articulation, et facile à mouvoir. La luxation fut réduite sans difficulté, par une extension légère et puis par la flexion du membre. Une forte inflammation suivit, mais fut apaisée par de fréquentes applications de sangsues, des lotions froides et le repos. Par le moyen de ce traitement, le malade recouvra le complet usage de son genou, et se trouva en état de marcher cinq semaines environ après l'accident. »

Nous trouvons ici un symptôme que M. Faye n'avait point noté : *la jambe demi-fléchie.* Il semblerait au premier aspect que la luxation complète, tiraillant bien plus les parties, doit forcer la jambe à se fléchir d'avantage ; mais la plupart des organes, muscles ou ligaments, qui retiennent ainsi le membre dans la flexion, sont bien plus largement déchirés après un déplacement complet qu'après un incomplet, et gardent donc dans ce dernier cas bien plus de puissance.

Vous le voyez, Monsieur ; je poursuis une œuvre difficile, cherchant avec ces faits incomplets, avec ces symptômes à demi-désignés, à recomposer un ensemble complet de symptômes. S'il était permis de comparer les petites choses aux grandes, ne pourrait-on pas rapprocher ce travail de celui de Cuvier, ramassant çà et là les os épars de quelques squelettes perdus dans les profondeurs de la terre, suppléant à ce qui lui manquait par des analogies, et ressuscitant ainsi les monstres emportés par le déluge. Il recréait des animaux avec tous leurs caractères ; je tache de refaire des lésions méconnues en leur restituant leurs signes. Mieux que per-

(1) *The London Medical Gazette*, t. VII. p. 704.

somme vous saurez apprécier la difficulté de ces recherches, vous, Monsieur, qui avez mesuré et sondé ce profond chaos de l'histoire des luxations que certains auteurs nous représentent comme touchant à la perfection, et qui avez aussi tenté d'en débrouiller quelques pages. Je pense avoir montré jusqu'à present, que les luxations, soit en avant, soit en arrière, offrent deux grandes variétés, et qu'elles sont complètes ou incomplètes. Il reste à étudier les caractères d'une troisième variété, où le déplacement est porté plus loin encore, en sorte que les os ont traversé les téguments. Et avant tout, je mettrai d'abord en relief ce fait bien remarquable : c'est qu'il n'existe pas un seul exemple d'issue des os dans les luxations du tibia en arrière; en sorte que je n'aurai à rechercher l'histoire de cette complication que pour les luxations en avant.

3° *Des symptômes particuliers aux luxations en devant, compliquées de plaie.*

Manifestement, Monsieur, il ne faut entendre par luxations compliquées de plaies que celles où la plaie est le produit du déplacement même, et c'est pour cela que je ne rappellerai pas ici la luxation incomplète dont j'ai donné l'histoire d'après Percy, et qui se compliquait de broiement de la rotule et de plaie causée par le corps contondant lui-même.

Vous en avez mentionné quatre exemples, dont j'ai cru devoir retrancher une observation de sir A. Cooper, comme appartenant à une autre catégorie. Les trois autres sont-ils même bien constants? Il y a au moins le suivant qu'il faudrait également éliminer; c'est Percy qui le rapporte.

Obs. XI. — Pendant le siége de Kehl, un canonnier était appuyé contre un épaulement de terre sans fascines, ayant la jambe gauche fléchie de manière que le genou portait contre l'épaulement, et le pied posait à terre comme un arc-boutant. Un boulet de gros calibre vint frapper l'endroit auquel correspondait le genou, et

sans traverser, il jetta l'homme à quatre pas en arrière et sur le dos. Ses camarades, en le relevant, sont surpris de voir sa jambe retirée, c'est-à-dire *raccourcie de moitié ;* ils demandent du secours, plusieurs chirurgiens arrivent. « Nous trouvons, dit Percy, qu'il y a luxation entière du genou avec les mêmes phénomènes, ou peu s'en fallait, qui s'étaient effectués chez le mendiant de Senlis. Transporté à l'hôpital ambulant, à Strasbourg, je lui amputai la cuisse au bout de quelques heures, et il fut guéri le 35e jour, malgré la pourriture dont le moignon fut affecté à deux reprises. Les *cartilages étaient écrasés*, les *condyles brisés*, les ligaments et la plupart des tendons dilacérés ; comment espérer la guérison d'une blessure compliquée de tant de désordres, si on n'en emporte pas le siége lui-même ? »

Cette réflexion est fort juste appliquée à l'observation elle-même ; mais que prouve cette observation pour la question des luxations du genou ? Il est trop évident qu'une articulation broyée comme celle-là l'était, est détruite et non luxée, et qu'il faut singulièrement forcer les analogies pour en faire une luxation. J'avouerai même que je ne rapporte qu'avec une grande défiance le fait du mendiant de Senlis, dû au même auteur, et auquel il fait allusion dans l'observation qui précède. J'élaguerai quelques détails de pure forme, d'ailleurs je citerai les propres expressions de Percy.

Obs. XII.—Lors de l'effroyable explosion qui eut lieu à Senlis en 1790, un mendiant encore jeune fut enlevé pêle mêle avec une foule de personnes à plus de 40 ou 50 toises de hauteur, et retomba debout dans un jardin, la jambe gauche enfoncée à moitié dans une terre nouvellement bêchée, tandis que la droite fut arrêtée par le bord de l'allée, où la dureté de la terre l'empêcha de pénétrer. *Le genou de ce côté se luxa complètement, le fémur étant descendu postérieurement jusqu'à mi jambe, et le tibia étant monté antérieurement en passant par-dessus la rotule ju,qu'à trois doigts au-dessus du bord supérieur de cet os.* Le péroné était fracturé en deux endroits. Cet infortuné fut relevé au bout d'un quart d'heure seulement ; un voiturier sachant que l'hospice était plein de blessés, le conduisit jusqu'à Compiègne où Percy pratiqua l'amputation le jour même ; et le 28e jour le moignon était parfaitement cicatrisé.

Certes, notre collègue, M. Vidal de Cassis, qui a voulu instituer une révision sévère de toutes les observations équivoques

œuvre ingrate et difficile, aurait eu beau jeu à poursuivre de son mordant sarcasme, cet homme *enlevé à 50 toises de hauteur*, au dire de Percy qui se trouvait à Compiègne, puis planté par la jambe gauche dans une plate-bande de jardin. Après ces enjolivements romantiques, il eut fait ressortir la singularité de cette luxation qui se produit avec des symptômes que nulle autre n'a jamais présentés. Il faut rarement, en fait de science, prononcer le mot d'impossible; cependant je n'hésite pas à dire que ce passage du tibia *par dessus la rotule*, sans que la peau ait été ouverte en ce point, dépasse tout à fait le degré de confiance que j'accorde d'ailleurs à l'autorité de Percy; et si par hasard l'articulation était ouverte en avant, ce qui valait la peine d'être dit, c'est à peine si je peux comprendre que la jambe n'ait pas été entièrement arrachée.

Venons enfin à l'observation de Bucquet.

Obs. XIII. — Un pompier, âgé de 49 ans, homme fort et musculeux, travaillant à éteindre un incendie, fut surpris par l'écroulement d'un mur de 25 à 30 pieds d'élévation. On le trouva couché sur le ventre et enseveli dans les décombres jusqu'aux lombes, le tronc débordant l'angle du mur écroulé, qui se trouvait à sa gauche, à trois pieds de distance; il avait d'ailleurs conservé toute sa présence d'esprit.

« Le blessé fut transporté avec précaution, et M. Rondelou, docteur en chirurgie, qui arriva au même moment, reconnut plusieurs contusions sur diverses parties du corps, avec fracture de la 6e côte sternale du côté droit. Ce chirurgien fut frappé au premier coup-d'œil du raccourcissement du membre abdominal gauche; après avoir enlevé les vêtements, il reconnut la nature de la lésion aux signes manifestes qu'elle présentait. La rotule, poussée par le tibia, se trouvait au tiers inférieur et antérieur de la cuisse; les condyles du fémur se trouvaient à nu sur le mollet, et cet os dépassait de plus de trois pouces le niveau d'une plaie transversale de quatre pouces de largeur, dont les bords étaient très-écartés; le fémur seul était sorti; il n'y avait ni douleurs ni hémorrhagie. M. Rondelou procéda à la réduction en faisant fixer le bassin et établissant l'extension sur le pied. Les aides ne se servirent que des mains, et n'employèrent que peu de force. La plaie était assez large et ne fut pas dilatée; dès que l'extension fut suffisante, le fémur rentra avec facilité. »

La plaie fut couverte de charpie sèche, et on appliqua l'appareil des fractures en l'imbibant d'une liqueur résolutive. Le malade fut saigné du bras, mis à une diète austère; puis, vu la gravité de la blessure, M. Bucquet fut appelé en consultation, et l'amputation fut proposée, mais rejetée par la famille.

Jusqu'au 8e jour tout alla bien; mais alors la fièvre devint très-vive; le membre très-gonflé, et la jambe offrait à sa partie moyenne et antérieure une large tache rouge, comme prête à passer à l'état de gangrène. On pansa avec les cataplasmes, on saigna; au 11e jour un abcès s'ouvrit au mollet; la fièvre était modérée; on permit un peu de soupe. La suppuration était cependant très-abondante et une petite diarrhée survint et persista quelques jours, lorsque, dans la nuit du 16e au 17e jour, éclata un violent orage accompagné d'éclairs et de tonnerre; au moment d'une violente détonnation, le malade s'écria : *A moi, mes amis, voilà le mur qui tombe!* et il resta trois quarts d'heure sans connaissance.

A la suite de cet accident, un délire sourd persista, la diarrhée était supprimée; le ventre se météorisa. Le 19e jour le pus diminua de quantité, la plaie devint blafarde, et le malade mourut dans la première nuit du 20e.

A l'autopsie, faite dix heures après, on trouva tout le système sanguin du cerveau injecté; une légère couche séreuse entre la pie mère et l'arachnoïde; les viscères thoraciques et abdominaux n'offrirent aucune lésion.

» En examinant le genou blessé, dit Bucquet, nous reconnûmes que les os étaient parfaitement adaptés; que les vaisseaux et les nerfs poplités étaient intacts; que tout était sain à la face antérieure de l'articulation. A la partie postérieure, tout était déchiré, muscles et ligaments; il n'y avait de conservé sur les côtés que l'attache inférieure du biceps et celle de la réunion des muscles couturier, grèle interne et demi-nerveux. Toutes les parties molles des faces latérales avaient l'apparence lardacée, et il s'était formé des fusées dans la cuisse et dans la jambe. Les côtés des condyles du fémur étaient dénudés, mais sans carie, et cette dénudation s'étendait jusqu'à un pouce au-dessus des condyles; les surfaces articulaires n'étaient pas dénudées; on y remarquait seulement, ainsi qu'aux cartilages inter-articulaires, un peu de rougeur et de gonflement. Le bord du condyle interne du tibia était écorné; mais le fragment qui adhérait par son périoste était replacé et exactement adapté au corps de l'os. »

A raison de cette petite fracture du tibia, Bucquet pense que le fémur a dû être d'abord chassé en dedans jusque sur le

bord du condyle interne du tibia ; ce condyle se serait rompu sous le poids ; alors seulement l'homme serait tombé en avant, et le fémur aurait reçu de la chute une impression nouvelle qui l'aurait poussé en arrière. La position dans laquelle on trouva le blessé, et l'intégrité des vaisseaux et des nerfs poplités lui paraissent des preuves également convaincantes de sa théorie ; ce n'est pas ici le lieu de nous y arrêter. Il est fâcheux que la description des symptômes ne soit pas plus complète, et que ni la position du tibia ni celle de la rotule ne soient exactement indiquées.

Mes recherches n'ont pu remplir cette lacune. J'ai bien trouvé deux autres cas de luxation compliquée du tibia en avant ; mais les symptômes immédiats sont également passés sous silence ; je les reproduirai cependant à cause des autopsies qui les accompagnent.

Obs. XIV. *Luxation compliquée du tibia en avant*, *par M. Stewart.* — « James Kennedy, du 92e régiment, homme fort et musculeux, âgé d'environ 24 ans, ayant été consigné au château d'Édimbourg, essaya de sortir en sautant par une embrasure élevée de près de 30 pieds. Sa chute détermina une luxation compliquée du genou gauche. Il fut transporté à l'hôpital ; là, on reconnut que les condyles du fémur étaient passés à travers les muscles et les téguments du jarret, et portés en bas derrière la tête du tibia. Le malade était pâle et défait ; et toute l'économie dans un état de stupeur et de débilité. Le membre était complètement froid ; le doigt placé sur le trajet de l'artère poplitée entre les condyles, n'en sentait pas les pulsations, et l'on pensa qu'elle avait été rompue. L'étendue de la lésion ne laissait aucune chance de conserver le membre. Aussitôt que les forces furent suffisamment revenues pour permettre au malade de supporter l'opération, c'est-à-dire deux heures après l'accident, le docteur Anderson amputa le membre. L'artère fémorale fut le seul vaisseau qui exigea la ligature. Le moignon se cicatrisa rapidement ; le malade fut complètement exempt de fièvre.

« A la dissection, on trouva tous les ligaments déchirés, à l'exception du ligament latéral interne ; le tendon du poplité rompu à son insertion ; la tête du jumeau externe en partie déchirée. Il y avait une petite fracture de la tête du tibia, l'articulation était remplie de sang, et les deux tuniques internes de l'artère poplitée

étaient rompues. » M. Turner, qui rapporte ce fait, donne des détails plus étendus sur la lésion de l'artère ; et il ajoute que la veine et le nerf étaient intacts (1).

Je ne peux m'empêcher de vous faire observer, Monsieur, combien, en présence de ces faits, notre nomenclature est peu satisfaisante. Le mot de *luxation du genou* ne signifie rien, et lorsqu'on ajoute *en avant* ou *en arrière*, il laisse douter de quel os il s'agit. Vous avez parfaitement senti cet inconvénient et vous préférez dire *luxation de la jambe*. Jusqu'ici, pour me conformer aux idées ordinaires, j'ai dit avec sir A. Cooper et Boyer *luxation du tibia*, ce qui est plus rigoureux peut-être, la jambe ayant deux os et le tibia étant réellement le seul qui se luxe sur le fémur. Cette manière de parler est fondée sur l'habitude où nous sommes d'attribuer le déplacement à l'os inférieur par sa position ; et déjà cette règle a dû subir des exceptions ; sir A. Cooper lui-même appelle *luxation du tibia*, par exemple, ce que Boyer regarde comme des luxations du pied. N'est-ce pas en général l'os qui est porteur des saillies articulaires qui doit être présumé s'échapper des cavités de l'autre ? Et quant à cette présomption se joint ce fait constant que, lorsque la peau est rompue, c'est uniquement l'os à saillies qui sort à travers, ne serions-nous pas fondé à dire, avec Bucquet, que c'est vraiment le fémur qui se luxe au genou, comme l'humérus vers le coude, et le tibia au coude-pied ? Je sais bien que ce serait contrarier des habitudes acquises ; mais ce serait peut-être mettre plus de vérité dans le langage chirurgical.

Obs. XV. *Luxation compliquée du tibia en avant, par M. Ballingall.* — « Une femme d'âge moyen fut apportée à l'infirmerie royale avec une plaie profonde et déchirée au jarret ; et un rapport écrit par un homme de l'art apprit que les condyles du fémur avaient fait saillie par cette plaie, et que le genou avait souffert

(1) *Supplement to the article on obstruction of the canals of the arteries, etc.*, by John W. Turner ; in *Edinburgh medico-chirurgical societys* ; *Transactions* ; vol. III, part. 1, p. 308.

une luxation complète. La lésion reconnaissait pour cause une chute qu'avait faite cette pauvre femme en portant sur son dos une lourde charge de charbon. Il n'y avait point d'hémorrhagie, mais un gonflement considérable, et une inflammation dans les parties voisines s'étendant en haut à toute la cuisse, étaient survenues, et s'accompagnaient d'une forte fièvre qui s'accrut rapidement et emporta la malade dix jours après l'accident.

» A l'autopsie, on trouva les ligaments croisés déchirés, mais le ligament capulaire était intact. Les vaisseaux du jarret étaient rompus en travers. » M. Turner ajoute que le nerf sciatique était intact; il renfermait dans son intérieur une artère d'un calibre presque égal à celui de la temporale (1).

Ce sont là, du reste, tous les renseignements que j'ai pu trouver sur les désordres produits par une luxation de ce genre, en y joignant ce que vous avez constaté sur le genou de B. Constant. La luxation chez cet homme célèbre n'avait point été compliquée, et cependant vous avez trouvé des traces de la rupture des ligaments croisés et latéral interne (2). Est-il probable, dès lors, que chez la malade de M. Ballingall, tout se soit borné à une rupture des ligaments croisés? Cela me paraît fort douteux. Dans le cas de M. Stewart, le ligament interne et le tendon du poplité étaient rompus en même temps; la luxation peut avoir lieu à toute force dans ces conditions; dans celui de M. Bucquet, le déplacement était porté très loin, mais il paraît que les deux ligaments latéraux étaient compris dans la rupture. Dans ces deux cas vous aurez noté avec intérêt cette petite fracture du tibia, qui était restée méconnue pendant la vie, et vous aurez suivi aussi cette progression dans la lésion de l'artère poplitée; d'abord un simple aplatissement empêchant la circulation, du moins cela est rendu probable par le froid du membre; puis une rupture des tuniques internes, et enfin la rupture de l'artère et de la veine elles

(1) *Ibidem*.

(2) C'est par une faute d'impression que l'on lit dans l'article de M. Velpeau, les ligaments *croisé* et latéral interne.

mêmes. L'échancrure inter-condylienne postérieure, qui offre un abri aux vaisseaux, explique comment ils échappent quelquefois à la complète déchirure des parties molles,

Quelle doit être dans ces cas la conduite du praticien? Les avis sont partagés; mais comme c'est la plaie qui forme ici la circonstance déterminante, je recevrai la discussion après l'étude des luxations latérales également compliquées, afin de pouvoir interroger tous les faits. Revenons auparavant sur les causes des luxations antérieures et postérieures, et sur le mécanisme suivant lequel elles se produisent.

4° *Des causes des luxations en avant et en arrière.*

Vous avez traité en général des causes de toutes les luxations du genou, soit en avant, soit en arrière, soit latérales; et après avoir rappelé les circonstances dans lesquelles elles se produisent, vous ajoutez: « Que la jambe soit solidement fixée d'une manière quelconque, pendant qu'une violence extérieure pousse avec force le tronc et la cuisse en avant, en arrière, en dedans ou en dehors, et la luxation pourra s'effectuer... Elle peut survenir encore lorsque c'est la jambe qui reçoit l'effort, pendant que la cuisse retenue par un point d'appui, se trouve dans l'impossibilité de suivre le mouvement imprimé au reste du membre... Il faut du reste que, de toute façon, le bas de la jambe soit maintenu dans l'immobilité, au moment où la violence tend à déplacer le genou; mais il faut de plus qu'elle trouve un point d'appui vers le mollet, ou près de l'articulation, quand la luxation s'opère par le mouvement de la cuisse... Ainsi c'est en agissant sur la jambe, ou sur la cuisse, comme sur un levier du troisième genre, que les violences accidentelles luxent le tibia, tandis que les autres os des membres représentent presque toujours un levier du premier genre, au moment où ils se déplacent. »

Boyer avait déjà dit: « Pour qu'une violence extérieure produise une luxation quelconque du tibia, il faut qu'elle

agisse en poussant cet os dans un sens, pendant que le fémur est retenu ou poussé dans un sens contraire »; et c'est en suivant cette indication, que M. Blanchard et M. Gimelle ont essayé de déterminer ces luxations sur le cadavre. Une théorie aussi généralement reçue m'en avait d'abord imposé à moi-même; mais j'ai dû modifier singulièrement ma croyance devant l'étude approfondie des faits.

Les luxations en arrière ont été trop rarement observées pour nous fournir ici beaucoup de lumières. Dans mon observation, de même que dans celles de Walshman et de Wiseman, le mode d'agir de la chute est impossible à deviner. Le jeune homme dont parle Lassus etait tombé sur le genou, c'est-à-dire la jambe plus ou moins fléchie; le malade d'Abernethy avait heurté le tibia contre une pierre, ce qui semble entraîner la même conséquence. On ne voit pas là cette condition regardée par vous comme nécessaire, que la jambe ou la cuisse ait été solidement fixée, et le bas de la jambe maintenu dans l'immobilité. Cette immobilité n'est pas non plus bien exactement démontrée dans le fait de M. Blanchard; et le point d'appui se trouvait à la partie moyenne du tibia, et non près de l'articulation, comme vous l'avez cru indispensable. Nous ignorons à quelle hauteur le fémur fut heurté, la position du membre est également douteuse; cependant, à raison du lieu où se trouvait le point d'appui, j'incline à penser que la jambe était un peu fléchie sur la cuisse, soit par le fait de la femme, soit par le premier effet de la violence extérieure. Je conçois donc ainsi le mécanisme de la luxation en avant; la jambe doit être plus ou moins fléchie sur la cuisse, et arrêtée par un obstacle qui agit sur la face antérieure du tibia; alors le fémur glisse en avant, poussé soit par le poids du corps, soit par une violence extérieure qui agit sur sa face postérieure. La flexion de la jambe, en relâchant les ligaments latéraux et posterieurs, fait que les surfaces articulaires sont moins serrées l'une contre l'autre, et détruit ainsi la résistance que leurs inégalités réciproques opposeraient au déplacement.

Mais si cette théorie se rapproche jusqu'à un certain point de l'opinion commune, les faits nous forceront à nous en écarter bien davantage pour les luxations en avant. Je pense en effet que dans le plus grand nombre des cas, la luxation en avant est due à une extension forcée, ou en d'autres termes à la flexion en avant de la jambe sur la cuisse; que le fémur agit alors comme un levier de premier genre, la puissance représentée le plus souvent par le poids du corps et agissant sur l'extrémité supérieure de cet os, le point d'appui étant fourni par la partie antérieure des condyles du tibia, la résistance limitée aux ligaments postérieurs et latéraux, et n'ayant jamais à son service que le court bras de levier qui est représenté par l'étendue antéro-postérieure des condyles du fémur. Ajoutez que le tibia lui-même peut aussi jouer le rôle de levier appuyant sur le fémur, comme le fémur sur lui, avec un bras aussi long pour la puissance et aussi court pour la résistance. Par là, plus que par tout autre cause, s'expliquent la fréquence des luxations en avant, comparées aux luxations en arrière; la rupture des muscles du mollet dans leur portion charnue; et même ces fractures du tibia que nous avons notées deux fois, dont le siége n'a pas été suffisamment indiqué, mais qui, si ces prévisions sont justes, devront toujours se rencontrer à la partie antérieure de l'un ou de l'autre des condyles tibianx, ou de tous les deux à la fois.

Ici je regrette, Monsieur, d'avoir à combattre une assertion qui vous a certainement échappé par mégarde, un de ces *lapsus plumæ* dont personne ne peut se croire exempt; le bon Homère lui-même a sommeillé quelquefois. « En avant, dites-vous, la jambe se couderait au point de former un angle droit avec la cuisse, qu'il n'y aurait point de luxation, puisque la surface cartilagineuse se prolonge jusque sur le plan antérieur du fémur. » Vous savez trop bien que la surface cartilagineuse qui est au devant du fémur est aussi étrangère à l'articulation fémoro-tibiale, que le condyle qui soutient le radius est étran-

ger à celle de l'humérus avec le cubitus. Quand le cubitus est porté sur le condyle huméral, il y a luxation évidente; elle existerait de même si, par impossible, le tibia était en contact par sa surface articulaire avec la poulie destinée à la rotule.

Cette objection, qui n'en est pas une, étant donc écartée, voyez ce que nous indiquent les faits. Tantôt c'est un levier de cabestan inopinément détendu et frappant sur la rotule (obs. de Percy); ou bien un cable de remorque qui se débande et frappe contre la partie moyenne et antérieure de la cuisse (obs. de Faye); tantôt c'est une chute dans un fossé dont le rebord retient la partie moyenne de la cuisse, le corps étant poussé en avant (obs. de Gardé); ou bien une chute de haut sur la plante des pieds (obs. de Percy), ou des chutes dont les circonstances ne sont pas bien exactement connues, mais où il n'est pas possible de retrouver les conditions exigées par l ancienne théorie, tandis qu'on peut les rapprocher des précédentes (obs. de Stewart, Ballingall, Schneider, Louyer Willermay); deux fois encore c'est un corps pesant qui tombe sur le membre (obs. de Garnier et du *London medical Gazette*); à la vérité nous ignorons si la jambe était étendue sur la cuisse; mais il me paraît bien difficile d'admettre que le fémur plus ou moins fléchi sur le tibia puisse être chassé en arrière sans fracture des condyles de ce dernier os. Dans quelques cas la cause de la luxation n'est pas suffisamment indiquée; enfin deux fois la luxation a eu lieu par suite d'éboulement; et comme les circonstances du choc sont inconnues, ces deux cas peuvent se prêter à toutes les théories possibles. Mais j'ai essayé sur le cadavre l'une et l'autre manières; en frappant sur la partie antérieure du fémur, la jambe solidement maintenue, je n'ai jamais pu réussir qu'à briser l'os sans ébranler l'articulation le moins du monde; en essayant au contraire de me servir du fémur et du tibia comme de deux leviers pour forcer, le genou en arrière et rapprocher leurs extrémités en avant, je n'ai pas encore réussi à obtenir la luxation complète; mais de petites déchirures ont été produites dans les ligaments, et l'articula-

tion a évidemment souffert ; et si j'eusse eu à ma disposition une force double ou triple de celle que j'employais (le poids du corps accru par de brusques secousses), je ne doute nullement que je n'eusse atteint le but. Enfin, tous les faits connus jusqu'à présent trouvent une explication plausible dans cette théorie; et parmi le grand nombre de ceux qui sont rebelles à la vôtre, j'appellerais surtout votre attention sur celui de M. Jacques, dans lequel le choc fut reçu d'arrière en avant, et cependant le fémur luxé en arrière.

Selon vous, la plupart des sujets affectés de luxation du genou étaient jeunes et robustes. C'est en effet dans la période de 20 à 50 ans que sont comprises presque toutes nos observations; cependant le sujet que j'ai observé n'avait que 16 ans lors de l'accident; et la malade de M. Gardé en avait de 55 à 60.

Mais nous avons deux dernières questions plus intéressantes à examiner; les modes divers de réduction d'abord, puis et le pronostic et les suites de ces luxations.

5° *Des diverses méthodes de réduction.*

Vous n'indiquez, Monsieur, qu'un seul procédé de réduction; la contr'extension faite sur le bassin, l'extension sur le pied; le chirurgien placé en dehors et refoulant les extrémités articulaires en sens inverse, au moment où les tractions en ont suffisamment rapproché les bords.

Ces extensions en sens contraire, aidées ou non de la coaptation, sont en effet le moyen le plus généralement usité; et la plupart des chirurgiens modernes ne paraissent pas en connaître d'autres. Les anciens en employaient deux; l'un pour les luxations latérales; (Mégès est le seul qui ait vu la luxation en avant, et l'on ne sait pas comment il procéda à la réduction); l'autre pour les luxations en arrière. J'ai fait même à cet égard une petite découverte d'érudit, que je m'empresse de vous communiquer

Hippocrate traite, dans le livre des *Fractures*, des luxations du genou et de leur cure; et bien que mentionnant la luxation en arrière, il ne parle que du procédé de réduction des luxa-

tions latérales. Galien, en digne commentateur, a cherché la cause de ce silence; et il pense qu'Hippocrate ne dit rien de la réduction des luxations en arrière parce que le procédé ne diffère point. Mais on trouve dans le livre des *Articles*, qui n'est selon moi que la dernière partie d'un grand traité auquel se rattachent les livres *de Officinâ medici* et *de Fracturis*, un article beaucoup plus complet sur les luxations du genou, où Hippocrate recommande bien les extensions modérées comme méthode générale; mais où il indique en même temps la flexion subite, et ce que les traducteurs latins ont rendu par la *calcitration*. Comment Galien, qui a également commenté le livre des *Articles*, ne s'est-il pas souvenu de ces procédés? Il semble au premier abord, que tout ce passage a été interpolé plus tard : en effet il manque dans les commentaires galéniques. Je laisse à M. Littré, qui nous prépare en ce moment une belle édition d'Hippocrate, le soin de nous dire si les termes du paragraphe interpolé sont bien du temps et du dialecte d'Hippocrate; mais pour ma part, d'après la concision aphoristique du style, l'enchaînement des idées, et les notions sur les conséquences de la luxation, je n'hésite point à dire qu'il doit être du chirurgien de Cos: aucun chirurgien de l'antiquité n'a traité les luxations de cette manière. Cependant comme il est peu probable que ce grand écrivain ait mis dans le même ouvrage deux chapitres sur le même sujet, fallait-il accuser de fausseté celui qu'avait admis Galien pour lui substituer l'autre? C'était une manière expéditive de se tirer d'affaire, mais qui n'aurait pas été exempte de témérité.

En comparant attentivement les deux chapitres, j'ai reconnu d'abord que les quatre premières lignes du second ne sont qu'une analyse fort concise de la plus grande partie du premier. Il m'est venu à l'idée que la suite pourrait bien n'être également qu'un résumé d'une portion plus étendue, mais qui aurait été perdue depuis longues années, puisque déjà l'exemplaire de Galien présentait cette lacune. Nous avons un petit livre attribué à Hippocrate, le *Mochlique*, qui n'est que

l'abrégé du grand traité *des Fractures et des Luxations;* j'ai recouru à cet abrégé, où j'ai trouvé en effet tout entier le chapitre du livre des *Articles ;* bien plus, avec plus d'étendue et de clarté. Il est donc probable que, postérieurement à Galien, quelque maladroit copiste, ayant trouvé dans le *Mochlique* un passage intéressant qui ne se trouvait plus dans l'ouvrage original, l'aura reporté dans celui-ci, sans même prendre soin de masquer l'interpolation; car, au lieu où il est placé, il coupe en deux l'histoire des luxations des doigts et des orteils, sans se rattacher ni à l'une ni à l'autre. Voilà ma découverte.

Le chapitre du *Mochlique* est surtout plus complet et plus clair que l'autre, en ce qu'il établit nettement que la flexion et la calcitration sont spécialement applicables aux luxations en arrière. Mais en quoi consistaient ces procédés? La flexion brusque n'a pas besoin d'être expliquée ; on la pratiquait encore après avoir préalablement placé dans le pli du jarret une bande roulée. La calcitration était simplement un procédé pour favoriser cette flexion. Dujardin dit que le chirurgien *laissait tomber tout le poids du corps sur la plante du pied* ; ce qui serait le procédé le plus absurde qu'on pût imaginer. Le traducteur latin, dans le *Mochlique*, a donné comme synonime de *calcitration, calcium impulsio*, l'impulsion des talons. Le talon se plaçait dans le jarret comme dans l'aisselle, en vue de fournir un point d'appui sur lequel on faisait basculer les os pour obtenir la flexion complète.

Je ne connais que deux cas où la méthode de réduction par la flexion ait été mise en usage ; c'est celui que j'ai emprunté au *London medical Gazette* et celui de Wiseman. «Je fis coucher le malade, dit ce dernier, sur le côté sain ; un des assistants le maintint, et assujétit fortement la cuisse, tandis que je le saisis par le pied et le haut de la jambe ; et aprés avoir un peu tiré à moi, je repoussai la jambe en arrière vers la fesse, et par ce mouvement elle se remit en place. Cela fait, je l'étendis de nouveau, en plaçant ma main tout entière dans le creux du jarret. Le mouvement deva-et-vient de l'articulation,

et la disparition du creux qui était sous la rotule, furent des signes certains de sa réduction. »

La méthode des extensions, comme je l'ai dit, a prévalu sur l'autre, et ne réussit pas moins bien. Personne, remarquez-vous vous-même, ne dit avoir été obligé d'employer une grande force pour effectuer la réduction. Cela est vrai en thèse générale, et plus particulièrement pour les luxations incomplètes ; mais pour les complètes il y a quelques exceptions. Chez la malade de M. Jacques, il fallut plusieurs tentatives. M. Royère avait d'abord confié le soin de l'extension et de la contre-extension à deux militaires ; cette force ne suffit pas, et il fut obligé d'employer quatre hommes. C'est là le cas moins commun sans doute ; toutefois il est bon, s'il se représentait, de connaître tous les procédés qui peuvent assurer le succés. Vous recommandez, s'il s'agit d'une luxation en arrière, de porter le pied un peu en avant dans les premières tractions; si elle est en avant, de tirer d'abord la jambe légèrement en arrière. Ce précepte pourrait être utile ; mais il me paraît difficile, sinon impossible, à des aides qui tirent sur les deux extrémités du membre, de diriger ainsi le sens de l'extension ; en dépit d'eux, elle tendra toujours à se faire en ligne droite. Si les extensions aidées de la coaptation ne réussissaient pas, vous conseillez d'imprimer au tibia des mouvements de bascule plus prononcés et un peu brusques. Je pense aussi que ce moyen conviendrait, surtout si déjà la luxation datait de plusieurs jours, pour rompre les faibles adhérences qui se seraient formées. Il est probable au reste, que les aides suffiront toujours ; et s'il fallait une traction plus forte, nos poulies actuelles remplaceraient avec avantage les lourdes machines des anciens.

Mais il y a un procédé d'extension plus simple dont vous n'avez point parlé, et qui doit avoir une efficacité réelle ; il a été employé par M. Lavalette. « Je fis exercer l'extension sur la jambe et le pied, dit-il, tandis que je saisis la cuisse avec mes deux mains vers la partie inférieure, de manière à ce que les quatre doigts de chaque main fussent en

arrière, appuyés sur les condyles du fémur, et les deux pouces en avant sur l'extrémité supérieure du tibia; mes mains ainsi disposées, j'exerçai la contre-extension, et contribuai à l'extension par mes deux pouces placés sur le tibia que je repoussai en bas; je jugeai en même temps, par la position de ces deux doigts, du chemin que l'extension exercée par un aide faisait parcourir à l'extrémité déplacée du tibia. Lorsque je crus cette extension suffisante, je pressai fortement en avant les condyles du fémur qui, en reprenant leur place naturelle, firent un bruit entendu par les assistants. Alors le genou reprit sa forme ordinaire, la rotule se replaça convenablement, et l'articulation put exécuter sans douleur, les mouvements de flexion et d'extension. »

6° *Du pronostic et des suites des luxations du genou en avant et en arrière.*

C'est surtout pour établir le pronostic de pareilles lésions qu'il est important d'accumuler les faits, de les compter, comme dit l'école moderne, sans négliger toutefois de les peser. Ainsi, peut-être vous êtes-vous laissé trop préoccuper de l'unique observation qui vous est propre, quand vous avez écrit que ces luxations « abandonnées à elles-mêmes, exposent à de graves dangers. » Si cela était, ce serait une exception toute spéciale dans la nombreuse famille des luxations, qui sont généralement peu dangereuses, quand la peau n'a pas été rompue. Le fait de Lassus et le mien, joints à celui de M. J. Cloquet, bien que ce dernier appartienne à une autre variété, unis encore aux deux cas de luxations latérales qui se sont présentés récemment à votre clinique, ont dû modifier votre opinion à cet égard. Le vaste épanchement de sang qui compliquait le déplacement chez votre malade, rend très-bien compte des accidents consécutifs qu'il a soufferts.

Mais dans les luxations simples et bien réduites, quel

sera le pronostic ? Tous les chirurgiens ne s'accordent point à cet égard. Percy surtout est fort peu rassurant, même quand le déplacement serait demeuré incomplet. « Nous avons vu, dit-il, des luxations incomplètes du genou attirer bientôt, malgré leur réduction infiniment plus difficile que dans les cas précédents, (les deux cas de luxations complètes que j'ai reproduits d'après lui), le trismus ou le tétanos qui faisait promptement succomber les blessés. » Heureusement qu'en fait de luxations du genou, il est permis de décliner un peu la haute autorité de Percy ; et jusqu'ici je ne connais pas un seul exemple de trismus ou de tétanos qui soit venu les compliquer. M. Larrey, dont l'expérience sur cette question est infiniment moins contestable, se contente de poser en principe la nécessité de procurer l'ankylose après la réduction pour assurer la parfaite guérison. Pour vous, Monsieur, les faits vous ont conduit à d'autres conclusions ; dans tous ceux que vous avez pu recueillir, il n'y a pas même eu d'inflammation vive après la réduction ; et la guérison a presque toujours été complète au bout d'un à quatre mois. Quelquefois seulement, vous notez qu'il est resté pour quelque temps ou même pour toujours de la raideur, ou une grande faiblesse dans l'articulation.

L'absence d'accidents après la réduction est en effet aussi constatée ici que pour toutes les autres luxations; dans le seul cas de M. Powels, nous avons vu une forte inflammation survenir ; mais on peut dire que cette unique exception est propre à montrer la généralité de la règle. Je ne suis pas aussi bien convaincu de la solidité de la guérison dans la plupart des cas.

J'ai fait voir, dans un Mémoire que l'Académie de Médecine a bien voulu renvoyer à son comité de publication, que dans toute luxation survenant dans une articulation normale, il y avait rupture des ligaments; que la solidité de la cure tenait à la cicatrisation régulière de cette rupture, et que pour l'obtenir ce n'était pas trop de 30 à 50 jours

suivant les cas. Dans l'articulation fémoro-tibiale, il y a spécialement deux ligaments dont on peut à peine espérer une réunion faible et incomplète, savoir les ligaments croisés. D'après ces données, je crains que cette faiblesse de l'article, que vous regardez comme exceptionnelle, ne soit au contraire une conséquence trop générale, et la solidité de la cure une trop rare exception.

Interrogeons encore les faits sous ce point de vue.

Le malade de Wiseman demeura d'abord quinze jours dans un repos parfait; alors on fit faire au membre de légers mouvemens tous les deux jours; et au bout d'un mois seulement, il commença à marcher avec des béquilles. Je regrette que les traducteurs de Sir A. Cooper aient omis les réflexions de ce grand maître sur cette observation. «Ce traitement, dit-il, fut très-judicieux. Le D. Walshman laissa les parties en repos jusqu'à ce que l'inflammation adhésive eût réuni les ligamens déchirés, et alors, et seulement alors, il commença à imprimer au membre des mouvemens passifs.» Quel fut le résultat? au bout de quatre mois, le malade quitta ses béquilles, et put se servir de cette jambe comme de l'autre.

M. Blanchard ne commença à mouvoir le genou de sa malade que le 22e jour. Au 30e, la malade fit quelques pas; trois semaines après elle fit vingt lieues en deux jours, sans que cette imprudence amenât ni douleur, ni gêne dans l'articulation. Il y avait pourtant un gonflement qui ne disparut qu'au bout de deux mois. Le succès est plus brillant encore que dans le cas précédent.

Il n'est pas dit combien de temps le malade de Wiseman garda le repos; il commença par marcher dans la chambre avec des béquilles; et quelque temps après, dit l'auteur, je le vis marcher dans la rue une canne à la main.

Mais on peut répondre que plus tard l'individu a pu se passer de canne, et jusqu'ici, les faits ne sont pas de mon côté. Poursuivons.

M. Toogood fut plus sévère pour son malade que les chi-

rurgiens que je viens de citer. Il le maintint un mois au lit dans le plus parfait repos ; alors seulement il lui permit de se lever ; trois semaines après le malade fit quatre milles en voiture, et se rendit à pied de l'auberge chez son chirurgien ; la jambe était un peu enflée, et l'articulation jouissait de quelque mouvement. Mais plus tard il recouvra *un très bon usage de son membre*, et put marcher avec si peu de difficulté qu'il reprit son métier de voiturier, « et aujourd'hui, ajoute l'auteur, 30 novembre 1822, je l'ai vu marcher à côté de sa charette *avec fort peu de claudication.* »

Notez cette date, Monsieur ; car voici enfin un malade qui a été observé longtemps après sa guérison; dix-huit ans auraient dû nécessairement la consolider: aussi ne boitait-il que très-peu.

Le fait qui vient après, a été raconté par un officier de santé de la Martinique à M. Garnier. La guérison était parfaite après un mois ; à cela je n'ai rien à dire. Dans l'analyse de l'observation de Schneider, que j'ai empruntée à la Bibliothèque de Richter, il est dit aussi en deux mots que la guérison fut complète.

MM. Lavalette et Th. Royère s'étendent avec plus de complaisance sur la suite des accidents qu'ils ont eu à traiter ; il s'en faut qu'ils aient été aussi heureux. Le malade du premier avait cependant gardé le lit six semaines, à cause de sa fracture du péroné, et il n'y avait point eu d'inflammation. Ecoutons M. Lavalette :

« ...... Jacquet sortit de l'hôpital, exerçant librement les mouvements de flexion et d'extension de la jambe sur la cuisse ; seulement il resta un état de faiblesse des muscles fléchisseurs du pied (*sic*), qui résista à tous les moyens employés pour le faire disparaître ; mais le malade n'en reprit pas moins son travail de manouvrier, comme par le passé. Chaque fois qu'il dégage le pied du sol pour le porter en avant et exécuter le pas, la jambe éprouve un mouvement de rotation qui porte la pointe du pied en dedans, en lui faisant décrire un arc de cercle, qu'on ne peut attribuer qu'à la déchirure incomplète des ligaments croisés ; il paraît que, dans l'état naturel, l'intégrité de ces ligaments contribue non

moins puissamment que le tendon du biceps fixé à l'extrémité supérieure du tibia, à empêcher le mouvement de rotation de la jambe en dedans, que tendent à lui imprimer les muscles qui s'attachent à la tubérosité interne du tibia, et spécialement le demi-tendineux. Chez cet individu, la seule action du biceps est insuffisante pour balancer celle de ses antagonistes : ces derniers l'emportent et font exécuter à l'os de la jambe, et par suite au pied, un mouvement de rotation qui dans l'état naturel ne peut avoir lieu, parce que les deux efforts en sens opposé se détruisant mutuellement, il n'en résulte qu'une flexion en ligne droite de la jambe sur la cuisse. »

Vous ferez des explications l'usage que vous jugerez convenable ; l'important est de constater le résultat. Mais je vous recommande surtout la fin de l'observation de M. Royère ; vous y verrez la différence que donne à un chirurgien consciencieux, mais toujours un peu préoccupé du désir d'avoir réussi, l'examen d'une luxation au sortir de l'hôpital, lorsqu'on peut se flatter que les accidents sont légers, et disparaîtront avec le temps ; et ce même examen répété un peu plus tard.

« . . . . . — Au 15e jour, dit M. Royère, je permis au malade de marcher avec des béquilles ; le 23e, je le trouvai se promenant dans la salle sans le secours d'aucun appui ; et le 34e de son accident, il sortit de l'hôpital *sans la moindre douleur ni claudication.* Il rentra à sa compagnie, et remplit bientôt ses devoirs de soldat comme auparavant. »

Vous le voyez, Monsieur, aucun autre cas de guérison ne s'est si bien présenté ; et, si l'historien s'arrêtait là, ce serait un magnifique exemple de ce qu'on appelle une guérison compléte. Malheureusement, on lit immédiatement après, ce qui suit :

« En route j'avais souvent occasion de le voir. L'ayant questionné sur son état, il me répondait toujours : *je souffre un peu, et boîte même lorsque j'ai fait deux ou trois lieues.* Plus tard il fut envoyé au dépôt du régiment, *comme étant dans le cas de la réforme.* »

Deux faits tels que ceux-là en apprennent plus que vingt au-

tres rédigés à la hâte dans l'intérêt du chirurgien. M. Gardé annonce que sa malade fut conduite à une guérison *complète*, c'est le terme sacramentel, au bout de six semaines, *sans qu'il restât autre chose que la raideur de l'articulation, et la faiblesse du membre*. Cette guérison complète était donc quelque peu incomplète. Mais, ajoute l'auteur, un exercice modéré et journalier fit bientôt disparaître ces symptômes. Bientôt en effet ; car la luxation avait eu lieu en février, la guérison en avril, et l'observation fut envoyée en juillet au *Bulletin de thérapeutique*. Dans les premiers temps aussi, la convalescence de Benjamin Constant fit de rapides progrès, qui aboutirent à une demi-ankylose du genou avec claudication très sensible.

Pour ne laisser aucun fait en arrière, j'aurais encore à citer celui de W. Powels, qui marcha cinq semaines après son accident, ayant recouvré le complet usage de son genou, chose d'autant plus étrange qu'il y avait éprouvé une forte inflammation; et je l'expliquerais volontiers par celui de M. Jacques, dont la malade marchait *aussi librement* qu'auparavant, *à part un peu de faiblesse*. Mais en réalité, les malades ont été perdus de vue trop tôt, de même que celui de M. Faye, que l'auteur abandonna au quinzième jour, marchant *avec quelque fatigue et un peu de raideur*.

Et malgré les lacunes que présentent la plupart de ces observations, en acceptant même pour avérés les succès complets si facilement énoncés, je trouve encore plus de la moitié des cas où la guérison est avouée incomplète. Ce n'est pas la faute de l'art ; loin de là, on peut s'applaudir d'arriver à des résultats aussi satisfaisans après une lésion aussi grave ; et pour dire toute ma pensée, je crois qu'ils sont dus principalement à la nécessité de laisser les parties plus longtemps en repos qu'on ne le fait pour la plupart des luxations.

J'avais dessein, Monsieur, d'étendre ces recherches aux luxations latérales du genou, dont vous vous êtes occupé avec non moins de succès que des luxations en avant et en arrière ; sur lesquelles pourtant j'aurais désiré discuter quelques ques-

tions avec vous. Mais déja cette lettre s'est étendue au delà de mes prévisions ; et sans renoncer à revenir quelque jour sur ce sujet, je dépose aujourd'hui la plume. Les principaux points que j'ai voulu établir, peuvent ainsi se résumer :

1° L'articulation du genou est sujette à des luxations en avant et en arrière ; celles en avant sont de beaucoup plus fréquentes, et déjà vous l'aviez fait voir.

2° Parmi les luxations en avant, les incomplètes paraissent jusqu'à ce jour au moins aussi fréquentes que les complètes ; il n'existe pas même d'observation parfaitement concluante de ces dernières.

3° Au contraire, les luxations complètes en avant sont plus fréquentes que les incomplétes.

4° Les luxations complètes en avant sont les seules de ces quatre variétés, qui aient été vues compliquées de rupture des tégumens.

5° La position de la rotule donne les meilleurs signes pathognomoniques, pour distinguer l'une de l'autre ces quatre luxations ; (1)

---

(1) Depuis que cette lettre est écrite, j'ai reçu de Berlin le grand ouvrage de Richter, sur les Fractures et les Luxations. Il admet des luxations du tibia, complètes et incomplètes, en avant, en arrière, en dedans, en dehors, et avance d'une manière générale que les incomplètes sont les plus fréquentes. Comme exemple d'une luxation complète en arrière, il cite une observation d'Evers que je n'ai pas pu me procurer, et dans laquelle le raccourcissement fut évalué à trois pouces. La séméiologie est nulle sous le rapport du diagnostic différentiel ; mais celle des luxations complètes en avant est plus remarquable.

« Schneider, Schaarschmidt, Kellner et C. C. von Siebold, qui ont observé cette luxation et en ont donné le diagnostic le mieux raisonné, en décrivent les phénomènes de la manière suivante : la jambe ne se trouve ni complètement étendue, ni complètement fléchie ; elle forme avec la cuisse un angle obtus. Dans le cas observé par Siebold, la jambe était dans l'extension et raccourcie de plusieurs pouces ; mais on n'observa point la grande mobilité de

6° Les luxations simples non réduites ne sont pas plus graves que celles des autres articulations ; enfin, après la réduction, dans la plupart des cas il reste de la raideur et de la faiblesse dans l'article.

J'ai l'honneur, etc. MALGAIGNE.

---

l'articulation dans tous les sens, telle que l'indique Boyer. L'extrémité supérieure du tibia formait au-devant du genou une large saillie, au-dessus de laquelle était une cavité occupée au centre par la rotule immobile. Dans le creux du jarret il y avait une saillie formée par les condyles du fémur; les parties molles de cette région étaient dans un état de tension extraordinaire, et, sous la saillie des condyles, se voyait une surface oblique formée par les muscles du mollet extrêmement tendus. » *Theoretisch-praktisches Handbuch der Lehre von den Bruchen und Vorrenkungen der Knochen*; von Ad. L. Richter, p. 710.

Les auteurs cités par Richter ont publié leurs observations, Schaarschmidt, dans les *Med. und chirurg. Berlinische Nachrichten*, Berlin, 1741 ; Kellner, dans les *Breslauische sammlungen der Natur und Kunst*, Versuch XXXII ; Siebold, dans le *Chiron*, Bd. I, p. 34, 56, 132, 135. Richter renvoie encore, pour les luxations du genou d'une autre nature, à d'autres recueils allemands que je n'ai pu me procurer. Il paraît du moins que les observations citées confirment la réalité du signe pathognomonique que j'ai établi pour les luxations complètes en avant. Pour les luxations incomplètes, Richter n'aborde pas même leur diagnostic différentiel.

J'ajouterai ici, pour échapper autant que possible au reproche d'oubli, que je n'ai point parlé d'une observation de Sweeting, rapportée dans la *Gaz. médicale*, 1835, p. 329, d'après la *Lancette anglaise*, sous le titre de *Luxation complète du tibia en arrière*. On lit dans l'exposé des symptômes, que *le genou était fléchi. le pied et le coude-pied tournés en dehors*, *la rotule couchée sur la face externe du condyle externe*. C'est un fait qui se rapproche beaucoup de celui de M. Sanson, et le déplacement de la rotule atteste qu'il s'agit ici d'une luxation en arrière et en dehors, et non d'une simple luxation en arrière. J'aurai occasion plus tard de débrouiller l'obscurité qui enveloppe encore l'histoire des luxations latérales.

Observation de phthisie aiguë analyse et des observations de même genre renfermées dans l'ouvrage de M. Louis ; *suivies de réflexions sur la phthisie aiguë, résultant de la comparaison des faits ; par M.* M^c. D'Espine *de Genève, D. M. P.*

Observation.—Joséphine Polian, âgée de 20 ans, d'une complexion assez forte, d'un embonpoint médiocre, d'une taille moyenne, ayant des cheveux châtains-blonds, les yeux bleus, un teint légèrement et uniformément coloré, et n'offrant pas de traces d'éphélides en aucun point du corps, fut prise, en 1836, d'une maladie aiguë pour laquelle elle s'alita définitivement le 31 décembre 1836, et à laquelle elle succomba le 26 janvier 1837.

Avant de parler de la maladie, voici ce que j'ai recueilli sur les antécédents.

La malade est née à Brand, petit village de Savoie peu éloigné de Genève. Son père et sa mère sont vivants ; le premier a toujours joui d'une bonne santé, la dernière a été sujette à des maux de tête, a eu une fois une hémiplégie ; l'un et l'autre sont très-peu sujets aux rhumes, et n'ont jamais craché de sang. Ils ont eu six enfants, tous vivants actuellement, sauf la fille dont nous nous occupons. De ces enfants, quatre ont toujours joui d'une bonne santé, et n'ont été sujets ni aux rhumes ni aux scrofules. Un seul de ces enfants, la fille immédiatement cadette de Joséphine, porte, depuis son enfance, des glandes engorgées au col, qui ont suppuré pour la première fois l'année dernière. Cette jeune fille a été très-fréquemment enrhumée, et en particulier a été soignée par nous, il y a deux ans, d'un catarrhe fébrile suspect, de longue durée, et qui a laissé une disposition à la toux et à l'expectoration dont elle ne fut jamais complètement débarrassée.

Joséphine Polian a quitté Brand à 4 ans pour aller vivre, ainsi que ses parents, à Vezenaz, près de Genève, où elle a suivi l'école du lieu, puis a servi comme domestique chez des voisins. A 13 ans, elle est allée en place à Nyon, puis est revenue à 14 passer 3 ans à Vezenaz chez ses parents, avec lesquels elle s'est transportée à Genève à 17 ans, pour y vivre, jusqu'à ce jour, de travaux d'aiguille et de ménage. Elle est venue au monde un peu faible ; sa mère, qui avait eu des émotions morales pendant sa grossesse, l'a-

nourrie neuf mois. Non vaccinée, elle a eu la petite-vérole qui n'a pas laissé de marques, et la rougeole avant 6 ans. Vers 5 ans, elle reçut une brique de pot à l'œil gauche, qui y abolit la vue pour le reste de sa vie. A 7 ans survint un fort catarrhe qui affecta principalement le nez, mais pendant lequel il y eut aussi de la toux; la durée en fut d'environ six mois. Vers 8 ans, le cuir chevelu se couvrit de quelques pustules isolées qui suppurèrent, puis disparurent en trois mois sans traitement.

Les règles parurent pour la première fois sans prodrômes et sans difficulté, très-régulières, soit pour les époques d'apparition, soit pour la durée des pertes, qui fut de 3 à 4 jours pour chaque époque. Une seule exception doit être signalée : à 19 ans et demi, une frayeur subite supprima momentanément le cours de la menstruation. Jamais il n'y eut de glandes au cou, jamais d'hémoptysie, jamais de douleurs articulaires ni musculaires, ni de flueurs blanches, pas de dyspnée habituelle; elle pouvait dormir la tête basse, monter les escaliers sans gêne de respiration, jamais d'enflure des jambes ou des pieds.

A 18 ans, la jeune Polian fut exposée à des émotions répétées qui durèrent plusieurs jours, l'ébranlèrent fortement, mais n'occasionnèrent aucun trouble dans sa santé. Dans les deux ou trois dernières années, elle fut sujette à une légère constipation habituelle, sans intermittence de diarrhée; son état ordinaire était une selle tous les deux ou trois jours.

Enfin, il paraît que des chagrins de cœur et une habitude de concentrer ses émotions ébranlèrent assez fortement cette jeune fille pendant la dernière année de sa vie. On l'apprit, depuis sa mort, par une amie à qui elle avait confié ses peines, en lui disant qu'elle se sentait un tel serrement habituel d'estomac, qu'elle était sûre de succomber à la première maladie qui l'atteindrait.

Tels sont les renseignements que nous avons pu obtenir sur la vie antérieure de notre malade. Nous ajouterons seulement encore que, depuis le catarrhe qui eut lieu à 7 ans, il n'y eut pas de toux habituelle, mais il en résulta une habitude d'expectorer des crachats opaques, d'un blanc jaunâtre, non striés de sang, et variant en quantité selon les saisons et les circonstances.

C'est vers le 1er décembre, quatre semaines environ avant l'alitement, que la malade commença à tousser, ce qu'elle attribua à un coup de froid. Peu de jours après il survint de l'anorexie, un peu d'amaigrissement, de la tristesse, des soucis exagérés sur les moindres sujets; les cheveux tombèrent en grande quantité vers le milieu du mois, puis survinrent des tournoiements de tête, un

sentiment de froid habituel, un affaiblissement assez notable, des douleurs vagues tout autour de la poitrine vers sa base, qui augmentaient par l'élévation des bras ; la toux s'accrut progressivement.

Pendant la semaine de Noël, les menstrues parurent faiblement, et cessèrent sans avoir duré aussi long-temps que de coutume ; les symptômes précités s'accrurent, les tournoiements de tête furent si forts, que lorsqu'elle essaya de marcher dans les rues pour se rendre en journée, tout ce qu'elle voyait lui paraissait en mouvement, et lui semblait avoir un aspect inaccoutumé. Dans le jour, il se développait fréquemment une tendance presqu'invincible à l'assoupissement. La faiblesse augmenta beaucoup, de telle sorte, que malgré le désir qu'avait Joséphine Polian de travailler, elle fut obligée, pendant toute la dernière semaine de l'année, de se reposer de deux jours l'un chez elle, et ce repos elle le prenait au lit. L'appétit fut complètement aboli, et toute la semaine elle vomit tout ce qu'elle essaya de prendre, même ses boissons. La toux, et l'expectoration qui devint d'un jaune gris sans mélange de sang, augmentèrent ; enfin, le 31 décembre, elle se mit au lit, pour n'en plus sortir.

Pendant les huit premiers jours de janvier, la toux fut forte et fréquente, l'expectoration mêlée de sang, les crachats furent opaques, assez denses, uniformément colorés tantôt en rouge, tantôt en rosé, en marron ou en brun ; il n'y eut cependant pas de crachement de sang pur ; la respiration s'accompagnait habituellement d'un son de voix plaintif ; le sommeil toujours agité était accompagné de rêves et de paroles incohérentes ; il y eut aussi, de temps à autre, un peu de délire à l'état de veille ; pas de sueurs nocturnes marquées. Pendant ces huit premiers jours, la malade fut soignée par une sœur de la Charité, qui lui administra d'abord un vomitif, puis une dose purgative d'huile de ricin ; il n'y eut pas de sangsues appliquées ; on donna pour boissons habituelles de la tisanne de petites fleurs et des loochs blancs.

Je fus appelé le 9 janvier, et je trouvai la malade couchée sur le côté droit, accroupie dans son lit, ayant une respiration fréquente, accompagnée d'un son plaintif, mais non bruyante ; toux assez forte, ni sèche, ni grasse ; expectoration épaisse, d'un jaune gris, mêlée de sang noirâtre ; pouls très-fréquent, régulier, mais remarquablement mou. La malade répondait avec peine aux questions, avait des bourdonnements d'oreille, se plaignait d'angoisses plutôt que de douleurs fixes quelque part ; ventre souple, très-légèrement météorisé, nullement douloureux à la pression. J'obtin

avec peine qu'elle se mît à son séant : la percussion, pratiquée un peu vite et à travers les vêtements, ne fournit rien de particulier ; à l'auscultation, la respiration s'entendait partout, mais s'accompagnait en plusieurs points d'expiration vésiculaire ; pas de soufle, ni de crépitation, ni de bronchophonie nulle part ; du râle à bulles rares et sonores de temps en temps en quelques points. L'auscultation fut pratiquée en avant et en arrière pour les deux poumons. Quoiqu'il y ait eu de l'amaigrissement dès l'origine de la maladie, le corps conservait encore assez d'embonpoint ; les seins, quoiqu'un peu affaissés, étaient plus développés que chez bien des jeunes filles en santé.

Du 9 au 18, j'ai vu la malade tous les deux jours ; elle fut tenue à une diète complète, ses boissons furent de simples tisannes de mauves et de tilleul ; elle prit habituellement quelques cuillerées de potion diacodée avec addition de sirop de polygala seneca ; le 16, un peu de teinture de jalap pour obéir à une constipation de plusieurs jours. Sous l'influence de cette médication, la toux diminua progressivement, l'expectoration devint plus rare et ne se mélangea plus de sang. Mais l'angoisse s'accrut plutôt, ainsi que la somnolence agitée, le délire, la difficulté à se remuer, surtout pour se mettre à son séant. Les bourdonnements d'oreille se transformèrent en demi-surdité. Dans les instants où la malade répondait avec sens, elle disait qu'elle ne souffrait nullement ; mais elle témoignait d'une grande angoisse, la respiration était fort accélérée, le pouls conservait en tout les mêmes caractères ; ventre toujours légèrement météorisé, peau souvent moite, mais jamais de transpiration abondante. L'auscultation pratiquée avec quelque hâte, à cause de la peine qu'éprouvait la malade à se tenir à son séant, fournit toujours à peu près les mêmes indications. Expiration vésiculaire en plusieurs points, respiration quelquefois un peu rude, mais entendue partout, moins de râle sonore, jamais de souffle, de crépitation, ni de bronchophonie bien éclatante. Enfin la langue devint poisseuse, puis sèche, et, vers le 18, les lèvres présentèrent quelques traces de fuligo.

Le 18, le palper pratiqué avec soin fit reconnaître le débordement de la rate au-delà des dernières fausses côtes. Cette région était particulièrement sensible à la pression, quoiqu'il y eût aussi de la sensibilité dans le reste du ventre ; et malgré l'aspect douteux de deux taches qui se rencontrèrent aux environs de l'épigastre, le soupçon d'une affection typhoïde nous saisit d'autant mieux qu'il était difficile d'expliquer la gravité des symptômes par un simple

catarrhe pulmonaire. Nous nous sommes affermis dans nos présomptions, en apprenant seulement alors qu'il y avait eu précédemment un léger épistaxis.

Du 18 au 25, veille de la mort, on administra une potion de chlorure de chaux, des lavements et des lotions de la même substance; une fois on revint à la teinture de jalap pour combattre la constipation; pour boisson on donna de l'orangeade et de l'eau de Seltz tour-à-tour; la diète fut continuée, d'ailleurs l'anorexie fut toujours complète. Pendant ce laps de temps, la toux continua à diminuer beaucoup, l'expectoration devint de plus en plus rare, mais la respiration s'accéléra plutôt sans devenir bruyante; la surdité persista, la langue demeura sèche, les lèvres couvertes de stries fuligineuses. L'arrière-bouche fut pendant un ou deux jours le siége d'une douleur qui força de suspendre momentanément l'eau de Seltz; la soif qui avait toujours existé pendant la maladie continua; il ne parut pas de taches sur le ventre; la rate, quoique moins saillante, déborda toujours les fausses côtes; ventre quoique souple et peu météorisé, toujours universellement douloureux à la pression. Le délire continua d'une manière intermittente, l'angoissse fit encore des progrès; toujours grande peine à se remuer; le pouls mou et régulier, d'abord à 130 le 23, à 135 le 24, à 140, se maintint à ce taux jusqu'à la fin. Il survint un sentiment d'étouffement qui força la malade à s'asseoir sur son lit, malgré son extrême faiblesse, et qui ne fit que croître jusqu'au dernier jour. Cependant la respiration, quoique très-accélérée, se maintint pure. L'auscultation ne fut plus pratiquée depuis le 18.

Le 25 au matin, la gêne de la respiration était très-grande, la face était plombée comme dans l'asphyxie; je donnai du sirop d'ipécacuahna par cuillerées jusqu'à vomissement. Des frictions furent faites autour de la poitrine et au col le long du trajet des pneumo-gastriques avec une pommade composée de 60 gr. d'ext. alcool. de noix vomique, sur 1/2 once d'axonge; quelqu'amendement parut survenir après chaque friction; mais tous les symptômes graves n'en persistèrent pas moins pendant la nuit, et la mort survint sans agonie le 26 à trois heures du matin. La malade avait encore parlé quelques minutes auparavant. La langue s'était un peu humectée pendant les deux derniers jours.

Le temps avait été humide et peu froid jusqu'aux deux tiers de décembre, dès lors il fut continuellement froid et sec jusque vers le 25 janvier.

Nécroscopie, 52 *heures après la mort*. — Corps d'un embonpoint

médiocre, à peu près ce qu'il était au commencement de mes visites; articulations flexibles; pas la moindre rigidité cadavérique; vergetures rouge-amarante sur les portions les plus déclives de la peau.

Thorax. — Les deux poumons sont entièrement adhérents par tous les points des deux plèvres : il faut enlever la plèvre costale pour sortir les poumons de la poitrine; mais l'adhérence est celluleuse et n'offre pas de trace de fausse membrane.

Les poumons sont plus volumineux qu'à l'état normal. Leur surface extérieure est d'un rouge violet uniforme. Pressés entre les doigts, ils ne crépitent pas; ils sont élastiques, mais ne se laissent pas autant déprimer que des poumons sains. Serrés à plusieurs reprises et dans tous les sens, ils n'offrent nulle part la sensation que produit l'hépatisation, ni celle qui résulte des agglomérations de tubercules. Une longue et profonde incision faite à chaque poumon, du sommet à la base, met à découvert un tissu pulmonaire d'un rouge violet, d'où il sort à la moindre pression du sang plus ou moins altéré et qui offre une quantité de petits tubercules disséminés dans toute l'étendue des sections. Ces tubercules sont du volume approximatif d'un ou d'un demi grain de riz cuit; leur couleur est d'un jaune opalin, leur consistance est dure, fait même crier la pointe du scalpel qui les gratte; ils ne se laissent pas facilement diviser et surtout écraser; enfin ils sont disséminés d'une manière assez régulière, de telle sorte que nulle part le poumon n'offre un espace de la grosseur d'une demi-noix sans qu'on en rencontre un.

Cependant ces tubercules sont sensiblement moins rapprochés et plus petits, d'une couleur de moins ou moins tranchée, à mesure qu'on les considère plus loin du sommet du poumon. Le tissu pulmonaire entre les tubercules est partout engoué, mais moins vers la base que vers le sommet; nulle part il n'est hépatisé, nulle part on ne fait suinter de pus ni des mucosités. Les deux poumons sont identiques l'un à l'autre sous tous les points de vue d'après lesquels ils viennent d'être considérés. Du moins, s'il existe quelque faible différence, elle nous a échappé. Plusieurs sections faites à chaque poumon dans divers sens ont toujours donné les mêmes résultats.

La cavité du péricarde était lisse, humide, rosée, et ne renfermait pas de sérosité; le cœur, qui n'a pas été ouvert, paraissait légèrement plus gros que ne le comporte l'âge du sujet. La trachée, le larynx, les bronches n'ont pas été examinés.

La tête n'a pas été ouverte.

Abdomen. — Pas de sérosité, de pus, de fausses membranes dans la péritoine, pas de météorisme notable. L'intestin grêle contient quelques matières muqueuses sans odeur fécale. Depuis le duodénum jusqu'à l'extrémité de l'iléon, la muqueuse est généralement d'un rouge assez vif sans arborisations bien évidentes. Cet aspect rouge (résidant dans la muqueuse) est interrompu çà et là par quelques pouces d'intestin où la muqueuse reprend une teinte noisette un peu rosée. La consistance de la membrane muqueuse est diminuée, on ne peut en enlever qu'avec peine des lambeaux de 1, 2, ou 3 lignes dans les points rouges; les lambeaux sont un peu plus longs là où la muqueuse est noisette; son épaisseur est partout naturelle, et nulle part elle n'est pulpeuse. L'intestin, examiné avec le plus grand soin, surtout dans l'iléon, ne laisse pas apercevoir trace de plaques des Peyer, ni en pointillé, ni en boursoufflé, ni en ulcération. On voit quelques rares follicules de Brunner, paraissant comme des grains de sable sur la muqueuse. Le cœcum et le premier pied du colon, qui ont été seuls ouverts, contiennent quelques matières pulpeuses d'odeur fécale, mais il n'y a pas de trace d'ulcérations.

L'estomac et le reste des intestins ne sont pas examinés. La rate, assez volumineuse, n'est pas notablement ramollie. Le mésentère contient des glandes fort petites, à peine les sent-on entre les deux feuillets séreux : elles sont d'ailleurs roses, fermes au toucher, et paraissent, après la section, tout-à-fait naturelles. Aucune n'est tuméfiée ni ramollie. Il existe dans le mésentère un petit corps saillant, blanc, dur, crétacé, et ressemblant aux tubercules crétacés du poumon.

Cette autopsie a été faite et rédigée en partie par moi, en partie par mon ami le docteur Th. Maunoir.

A ne prendre que l'histoire des symptômes dans cette observation, le médecin ne pouvait guère voir dans la première période de la maladie qu'un violent catarrhe fébrile, menaçant de se convertir en pneumonie, et dans la seconde période une affection typhoide. Or, l'autopsie en signalant l'absence des plaques de Peyer a fait oublier l'affection typhoïde, et en mettant au jour des tubercules de fraiche date dans les deux poumons, a fait tomber le voile, et a tout expliqué clairement en nous offrant un remarquable cas de phthisie aiguë. La rareté de la phthisie aigue, et les nuances mêmes qui distinguent le

cas actuel de ceux, en petit nombre, qui ont été publiés dans ces derniers temps, rendent cette observation précieuse, et me font particulièrement regretter de n'avoir pas gardé des notes assez détaillées pour préciser encore mieux que je n'ai pu le faire plusieurs des circonstances de la maladie.

L'observation a été rédigée presqu'immédiatement après la mort. Les antécédents fort complets, résultent d'une interrogation détaillée que j'ai fait subir à plusieurs membres de la famille ; la symptomatologie a été rédigée d'après quelques notes que j'avais gardées, et d'après les souvenirs les plus précis que ma mémoire avait conservés. Quant à l'autopsie, les organes décrits ont été explorés avec tout le soin désirable ; mais des circonstances particulières se sont opposées à ce que la tête et quelques autres points fussent étudiés.

Nous allons passer successivement en revue les circonstances principales de cette observation en les mettant à mesure en regard des quatre observations de phthisie aigue consignées dans l'ouvrage de M. Louis, et que nous avons analysées tout exprès (1).

Durée. Pour apprécier la durée de la maladie, il faut en fixer précisément le début. L'alitement n'a eu lieu que 26 jours avant la mort ; mais plusieurs symptômes graves avaient paru bien avant cette époque ; la fièvre semble remonter à 20 jours plus haut, et la toux elle-même date du premier décembre. Or, dans les quatre observations de M. Louis, deux fois la fièvre a marqué le début, et la toux n'est survenue que 24

(1) J'élimine à dessein une 5e observation de M. Louis, relative à une femme tombée malade peu de temps après ses couches, et dans les poumons de laquelle on trouva plusieurs abcès entourés d'un parenchyme pulmonaire sain ou engoué, mais sans trace de tubercules ni granulations. L'analogie qui s'établit naturellement entre ce genre de lésion et celles qu'on rencontre à la suite des phlébites utérines, rend l'observation équivoque, malgré la concordance de plusieurs symptômes avec ceux de la phthisie.

heures après dans un cas, 10 jours après dans l'autre ; une fois le début a été signalé par de l'oppression, puis de la diarrhée, puis de la toux et une douleur du côté gauche, sans qu'il fût facile de fixer le début de la fièvre. Enfin, dans le quatrième cas, qui a duré 50 jours, la toux, l'anorexie, puis une douleur de côté ont paru d'abord, et la fièvre n'a commencé que le onzième jour. Si donc nous faisons commencer la maladie avec la toux, sa durée aurait été de 56 jours, tandis que dans les quatre cas de M. Louis elle a été de 35, 48, 50 jours. Dans un autre cas la mort est survenue au milieu d'une pneumonie secondaire, 28 jours après le début.

Anatomie pathologique. Quoique la durée de la maladie chez Joséphine P. ait dépassé de quelques jours celle du cas le plus long parmi ceux de M. Louis, il est bien remarquable de trouver des poumons criblés de petites tubercules crus, et ne présentant en aucun point ni agglomération de tubercules, ni ramollissement, ni caverne. Un seul cas parmi les quatre de M. Louis peut être rapproché du nôtre sous ce rapport ; c'est celui qui dura 28 jours, se compliqua à la fin d'une pneumonie qui hépatisa la plus grande partie du parenchyme pulmonaire ; il n'offrit que des granulations grises isolées, criblant les deux poumons, et un peu plus rares vers les bases que vers les sommets. Dans les trois autres cas on trouva des portions de poumons transformées en masse tuberculeuse, dont quelques unes ramollies, et dans un de ces cas on trouva une caverne qui ne différait de celles qu'on rencontre dans la phthisie chronique, qu'en ce qu'elle n'était pas tapissée de fausses membranes.

Sans doute il est déjà difficile de se représenter que tous les ravages de la phthisie que subit ordinairement un poumon en 6 mois, un an et même des années, puissent se consommer quelquefois en 35, 48 et 50 jours. En méditant l'observation précédente, en réfléchissant que 56 jours de symptômes aigus, et comme on le verra, au moins aussi aigus que ceux des observations de M. Louis, ont produit une infiltration générale de tubercules dans les deux poumons, mais n'ont pas suffi pour

amener le moindre ramollissement d'un seul de ces tubercules, on arrive à concevoir encore moins la circonscription de toutes les périodes de la phthisie en moins de deux mois. Ces réflexions ne permettraient pas de rejeter des faits irrécusables et suffisamment détaillés, mais elles rendent indispensables les détails circonstanciés sur tous les antécédents.

Et c'est précisément ce qu'on trouve rarement dans les observations, et il faut le dire, ce qu'on ne trouve pas même dans celles que nous avons analysées. Ainsi, dans trois des cas de M. Louis, il est dit que les malades avaient joui d'une bonne santé antérieure, deux d'entr'eux étaient peu sujets aux rhumes, et que l'autre s'enrhumait tous les hivers. Dans le quatrième cas il n'est fait mention de rien ; il est vrai que cela importe moins puisque c'est précisément celui où il n'a été trouvé que des granulations. Or, ces renseignements si courts et si incomplets ne donnent pas une garantie suffisante que dans un des rhumes antérieurs rares ou fréquents, de ces malades, il n'y a pas eu un peu d'amaigrissement, un peu de mouvement fébrile, peut-être quelque légère hémoptysie, enfin quelques symptômes qui auraient expliqué un premier développement de tubercules ; la maladie observée n'aurait été dès-lors que la période à la fois de formation de nouveaux tubercules et de ramollissement des anciens.

Ce que M. Louis nous dit de la marche de la menstruation chez les deux femmes qui font partie de ses observations, laisserait même présumer que la santé antérieure n'a pas été parfaite, car les règles manquaient chez l'une depuis 3 mois, et chez l'autre depuis 11 mois, lorsque la maladie débuta. Chez notre malade, au contraire, les menstrues parurent, quoique faiblement, dans les premières semaines de la maladie, et avaient été toujours régulières précédemment. C'est encore une raison pour admettre que le travail de tuberculisation était récent chez notre malade, et peut-être antérieur au début présumé de l'affection chez les deux femmes de M. Louis.

Partout où les tubercules n'étaient ni aglomérés, ni réunis, M. Louis a trouvé le tissu pulmonaire engoué ; j'en excepte toutefois le cas de complication péripneumonique. Cet état du parenchyme, qui rend très probable l'invasion récente de la maladie, s'est rencontré dans tous les points des deux poumons chez la malade dont nous avons donné l'histoire.

Il y avait des adhérences pleurales dans trois des cas de M. Louis ; le seul malade à complication péripneumonique en était exempt. Sur les trois cas, deux fois l'adhérence était bornée à une seule plèvre où elle était partielle ; une fois, elle envahissait les deux côtés, et alors un de ces côtés adhérait proportionnellement à l'avancement du travail de tuberculisation, et cela sans aucune exception. Ceci est tout-à-fait d'accord avec la loi indiquée par M. Louis, dans la phthisie chronique, puisque dans ses 123 observations il a toujours trouvé : *point d'adhérence ; point de grandes ou moyennes excavations, le plus souvent même absence de toute excavation. Adhérences faibles et peu étendues ; excavations ordinairement petites, rarement d'une grande capacité, quelquefois absence d'excavations. Enfin adhérences intimes plus ou moins étendues, assez souvent même universelles ; excavations constantes et dans la très-grande majorité des cas de vaste ou de moyenne dimension.*

Chez notre sujet, l'adhérence était universelle, quoiqu'il n'y eut nulle part d'excavation ; il est vrai qu'elle était, quoiqu'intime, privée de fausse membrane. Cette exception à la loi de la phthisie chronique tiendrait-elle au caractère exclusivement aigu de la maladie qui a été soumise à notre observation? Peut-être ; mais alors la concordance des trois cas de M. Louis avec la même loi serait encore une raison de plus pour penser que ces cas ne sont pas franchement aigus, et remonteraient plus haut qu'à l'époque indiquée pour le début. Il est vrai que l'un des malades où l'on ne trouva que des granulations grises, avait les poumons libres ; mais cela ne s'expliquerait-il pas en admettant que dans ce seul cas la phthisie avait débuté récem-

ment, et que la mort était survenue même avant la transformation des granulations en tubercules? Ce ne serait qu'au moment de cette transformation que notre malade aurait commencé à éprouver le travail d'adhérence des plèvres. Enfin cette adhérence était de date récente chez Joséphine P., car il n'y avait de fausse membrane nulle part, ce qui devait être en pareille hypothèse; tandis que dans un des cas de M. Louis où le désordre du poumon était le plus avancé, il y avait dans l'adhérence une fausse membrane : encore une raison pour faire remonter le premier début de la maladie plus haut qu'il ne l'a indiqué.

Cependant je m'empresse d'ajouter qu'en tout ceci je discute plus que je ne prononce. Continuons à passer les organes en revue.

M. Louis fait mention du cœur, dans trois cas : il n'en signale nulle part l'augmentation, ni la diminution de volume; nous avons trouvé cet organe un peu gros, il est vrai, mais cependant peu différent du volume normal à cet âge.

La membrane muqueuse de l'intestin grêle, que nous avons trouvée généralement rouge et légèrement ramollie, était saine dans toutes les observations de M. Louis; je ne parle pas de lésions circonscrites en des points très limités, qu'il a rencontrées dans deux cas.

Enfin, la rate, que nous avons trouvée passablement augmentée de volume, mais non ramollie, était ramollie et volumineuse dans un des cas de M. Louis, un peu volumineuse dans un second cas; dans les deux autres il n'est pas parlé de cet organe.

Comme nous n'avons pas pu examiner les autres organes, nous sommes forcés de borner ici notre parallèle d'anatomie pathologique, pour passer à la discussion des symptômes les plus importants. On vient de voir que les différences trouvées entre les poumons de notre sujet, et ceux des cas de M. Louis, nous ont porté à mettre en question le caractère purement aigu de trois des observations de M. Louis, et

quoique l'examen des faits ne nous ait suggéré que de simples doutes à cet égard, on pourrait nous dire qu'ils suffisent pour ne pas nous permettre de pousser le parallèle jusqu'aux symptômes. Telle n'est cependant point notre manière de penser. En admettant même ce qui n'est pas démontré, que trois des cas de M. Louis aient une origine plus reculée que celle qu'il leur assigne lui-même, les nombreuses analogies qui subsistent encore entre ses faits et le nôtre, ne permettraient d'admettre cette opinion que dans le sens d'un premier travail de tuberculisation à une époque fort antérieure, qui ne se serait exercé que dans un point fort limité, celui seulement où les désordres les plus avancés ont été trouvés ; dans le sens d'un arrêt dans le travail morbide compatible avec une santé générale assez bonne, et d'un second travail dont le début serait celui qu'a fixé M. Louis, comme étant celui de la maladie, travail qui aurait à la fois avancé les désordres déjà existants, et développé une phthisie aiguë dans le reste du poumon. Ainsi, il s'agirait toujours de phthisie aiguë, et conséquemment nos symptômes sont en grande partie comparables à ceux de M. Louis.

Symptômes. — La douleur en quelque point de la poitrine s'est rencontrée dans tous les cas de M. Louis, sauf un où il n'est pas dit qu'il n'y en ait pas eu. Notre malade a également ressenti, dans les premiers jours de l'alitement, une douleur en ceinture, autour de la base de la poitrine. Dans les trois cas précités, cette douleur a aussi été momentanée, mais elle a affecté un seul côté, celui où les désordres les plus avancés ont été rencontrés à l'autopsie. Cette différence s'expliquerait-elle par le plus d'uniformité et de généralité dans le développement des tubercules chez notre malade?

La toux est signalée chez tous les malades de M. Louis ; modérée d'abord chez deux sujets, chez les autres elle est indiquée de manière à ce qu'il soit impossible de fixer sa marche et ses gradations. Chez notre malade, la toux, qui fut intense vers le milieu de la maladie, diminua ensuite progressivement de telle sorte, qu'elle fut rare dans les derniers

huit ou dix jours. Quel rapport peut-on établir entre cette marche de la toux et le travail tuberculisateur ? C'est ce que de nouveaux faits apprendront.

La respiration fut toujours altérée chez les malades de M. Louis : dans un cas, elle n'est indiquée que sous le nom d'oppression ; dans tous les autres, il est dit qu'elle était accélérée, et que cette accélération suivit une marche croissante jusqu'à la mort. La même chose est arrivée à notre malade : déjà accélérée au début, la respiration est devenue de plus en plus fréquente, au point que dans les derniers jours, malgré son extrême faiblesse, Joséphine P.... s'est tenue jour et nuit assise sur son lit. Quoique accélérée, la respiration n'a jamais été bruyante ou râlante. L'absence d'indication de ce caractère dans les observations de M. Louis, nous prive de termes de comparaison.

L'expectoration, toujours opaque chez notre malade, même avant le début de l'affection qui nous occupe, a varié entre le gris, le jaunâtre ; elle a été quelquefois brune et même rouge, mêlée de sang pendant les deux premières semaines d'alitement, mais jamais elle ne fut visqueuse. Dans tous les cas de M. Louis, elle fut muqueuse, verdâtre au début, une fois même écumeuse et aérée. Dans deux cas, elle s'est conservée telle jusqu'à la fin ; dans les deux autres, il y eut une fois des stries jaunes dans le cours de la maladie, une autre fois, transformation opaque d'un jaune gris ; une seule fois il y eut quelques crachats sanguinolents à la fin.

L'expectoration, muqueuse jusqu'à la fin, a coïncidé une fois avec de simples granulations des poumons et une fois avec des tubercules ramollis, et une excavation au sommet d'un des poumons. Dans les deux autres cas de stries jaunes et de crachats opaques, il y avait des tubercules ramollis ; cependant on voit d'après notre observation que l'opacité et la densité de l'expectoration peuvent exister sans ramollissement.

L'auscultation est irrégulièrement décrite dans les observations de M. Louis comme dans la nôtre ; et en outre, les in-

dications négatives manquent complètement dans les premières. Quoi qu'il en soit, une fois il est dit que la respiration était bonne, mais faible, vers une clavicule, c'est le cas où on ne trouva que des granulations à l'autopsie. Une autre fois râle sonore partout, puis un peu de crépitation. Enfin dans les deux autres cas il n'est parlé que d'un peu de gargouillement, une fois vers une épaule, une fois vers une clavicule. Ces symptômes s'expliquent par l'existence ou l'absence de ramollissement. Dans le premier cas seulement on ne comprend pas l'existence de la respiration faible sous une seule clavicule, puisque la lésion n'a consisté que dans la dissémination des granulations par tout le parenchyme pulmonaire. Dans notre cas nous ne pouvions avoir que le signe stéthoscopique qui appartient aux tubercules crus et isolés, *l'expiration*; et c'est ce que nous avons trouvé. Il est même probable que, si ce signe avait été connu lorsque M. Louis recueillit ses observations, il l'aurait souvent indiqué. Mais l'expiration n'a de valeur diagnostique que depuis les recherches auxquelles J. Jackson de Boston s'est livré il y a 3 ou 4 ans.

M. Louis n'a tenu compte que d'un seul des caractères du pouls, de sa vitesse. Comme nous, il l'a trouvé croissant continuellement jusqu'à la fin de la maladie; dans un cas il l'a vu s'élever jusqu'à 164; nous ne l'avons pas observé au-dessus de 140. Cette extrême mollesse du pouls, qui s'est constamment rencontrée chez notre malade, a-t-elle existé aussi chez les malades de M. Louis? c'est ce qu'on ne peut savoir.

Il est parlé de sueurs nocturnes dans trois cas; une fois elles occupaient exclusivement la tête chez le malade à granulations. Nous n'avons rien observé de pareil chez Joséphine P.

Les malades de M. Louis étaient, comme la nôtre, d'une assez forte complexion au début de la maladie. Parmi eux, trois ont atteint à la mort le deuxième degré de marasme; un seul, le malade aux granulations, n'a pas sensiblement maigri. Si nous remarquons que Joséphine Polian a aussi fort peu maigri, nous serons portés à nous demander si l'amaigrissement

n'appartient pas exclusivement à la période de ramollissement.

Il y eut de la céphalalgie dans tous les cas de M. Louis, sauf dans un seul où il n'est pas dit non plus qu'elle n'existait pas. Il n'est dit non plus qu'une fois qu'elle fut constante pendant toute la maladie ; le délire est également indiqué dans les trois cas où il est fait mention de ce symptôme, mais il n'a jamais paru que dans les dernières 24 ou 48 heures. Il y eut une fois de la surdité, mais les bourdonnements d'oreille, les vertiges ne sont indiqués nulle part. Or, tous ces symptômes ont existé chez notre malade ; le délire a même duré pendant les quinze derniers jours, à quelques intervalles lucides près ; les bourdonnements d'oreille ou la surdité se sont constamment offerts à mon observation.

Enfin l'anorexie continue ou accidentelle est notée sans exception par M. Louis ; il y eut des nausées et des vomissements deux fois sur quatre, et de la diarrhée chez tous. Notre malade a eu aussi une anorexie constante, des vomissements surtout vers l'époque de l'alitement ; mais il n'y eut de diarrhée ni pendant ni avant la maladie ; la constipation remontait même à trois ans.

Marche de la maladie et traitement. — De même que M. Louis l'a observé dans tous ses cas, la marche de la maladie chez la jeune Polian est allée s'aggravant continuellement jusqu'à la mort. Pas une de ces périodes d'amendement notable, telle qu'on en voit si souvent dans les autres maladies aiguës, n'a pu être observée ni chez notre malade ni chez ceux de M. Louis. La phthisie, déjà si fatale dans son type chronique, semble l'être encore à un plus haut degré dans son type aigu. Ici les agents thérapeutiques paraissent même inhabiles à procurer au malade quelques instants de trêve, pour reprendre haleine avant la mort. On va juger, en jetant un rapide coup d'œil sur les principales actions thérapeutiques, du degré de rigueur avec lequel l'assertion précédente doit être acceptée.

La première malade de M. Louis, dont l'affection dura 35 jours, entra à l'hôpital le quinzième jour à dater du début. Douze sangsues appliquées au haut des cuisses, à l'intention de rappeler les règles, furent suivies dès le lendemain d'une continuation d'aggravation de tous les symptômes. Un cataplasme, puis un vésicatoire appliqué pour calmer une douleur de côté, échouèrent complètement. Des boissons gommeuses, des lavements émollients, et des bains tièdes donnés près du lit de la malade, n'eurent pas le moindre effet.

Le malade, qui fut pris d'une pneumonie secondaire, entra à l'hôpital trois semaines après le début de la phthisie. Une potion de gomme oxymellée et une saignée de dix onces furent administrées dès l'entrée. L'expectoration devint le lendemain un peu plus facile, mais tous les autres symptômes s'aggravèrent. Ainsi le pouls monta de 80 à 104 pulsations, l'oppression augmenta, etc.; alors on appliqua un vésicatoire de cinq pouces sur la partie antérieure de la poitrine et on ajouta aux boissons ordinaires de l'oxymel scillitique. Le lendemain on trouva la chaleur abaissée et le pouls diminué de quelques pulsations, mais les autres symptômes dans le même état, et quatre jours après le malade mourut.

Le cas suivant est la phthisie de 50 jours; le malade entra le 20e jour à l'hôpital. Une saignée de 10 onces, pratiquée dès l'entrée, et renouvellée six jours après, des sangsues au nombre de douze appliquées à l'anus, puis un vésicatoire posé sur le côté gauche de la poitrine, ne furent pas suivis une seule fois du moindre amendement même passager.

Enfin, dans le quatrième cas, dont la durée fut de 48 jours, la malade, malgré une suppression menstruelle qui datait de 11 mois n'accusa que 15 jours de maladie en entrant à l'hôpital. Une potion oxymellée, un cataplasme *loco dolenti*, et 12 sangsues au haut des cuisses, furent suivis, dès l'entrée à l'hôpital, de la diminution, puis de la disparition d'une douleur au côté gauche qui obligeait au décubitus sur le flanc. Plusieurs

autres symptômes, tels que la chaleur, la fréquence du pouls, et l'anorexie, s'améliorèrent un peu les jours suivants. Six jours après l'entrée et pendant cette période d'amendement, on fit une saignée de 10 onces, qui fut suivie d'une continuation de l'état meilleur pendant cinq jours; mais alors sans cause connue la maladie reprit une marche ascendante qui ne fut plus interrompue, et se termina 20 jours après par la mort, sans qu'un vésicatoire appliqué sur le sternum, dans le milieu de cette période, ait eu la moindre influence appréciable.

Certes ce ne sera pas le léger amendement survenu dans le second cas après l'oxymel scillitique, et dans le moment où une pneumonie compliquait la phthisie; ce ne sera même pas la période d'arrêt et d'amélioration arrivée dans la dernière observation après les sangsues et la saignée, qui nous empêchera de dire qu'en général les médications employées n'ont pas pu retarder la marche de la maladie, et ont même rarement allégé momentanément quelques symptômes : car dans deux cas il est certain qu'il n'y a pas eu d'effet produit; dans un cas l'effet apparent produit pendant la complication péripneumonique, pourrait résulter de l'action du médicament sur la maladie compliquante, et dans le dernier il reste toujours à savoir si la période de repos ou d'arrêt ne serait pas survenue, abstraction faite des remèdes qui avaient échoué dans deux autres cas.

Mais, dira-t-on, les moyens thérapeutiques opposés par M. Chomel aux malades dont M. Louis a recueilli les observations, sont peu nombreux et peu variés.

En effet, l'emploi même des opiacés, si précieux dans la médecine palliative de la phthisie chronique, ne paraît avoir été tenté dans aucun cas. Aussi notre conclusion ne porte-t-elle que sur les moyens employés dans les quatre observations de M. Louis et dans la nôtre, car nous n'oserions pas prononcer en dernier ressort d'après un si petit nombre de faits, et tout ce que nous voulons en tirer, ce sont des présomptions.

Mais chez notre malade, la thérapeutique, pour n'avoir pas

été la même n'en a pas été plus heureuse. Il est vrai que la maladie a parcouru 31 jours, c'est à dire plus de la moitié de son cours, sans qu'aucun remède ait été administré. Du 31e au 39e jour, l'émétique et l'huile de ricin administrés par la sœur de charité n'arrêtèrent pas la marche ascendante des symptômes.

Du 39me au 48me jour, le polygala seneca, le sirop diacode, pris d'une manière continue, la teinture de jalap, donnée une fois à dose purgative, coïncidèrent, il est vrai, avec une diminution graduelle de la toux et de l'expectoration ; mais la marche de ces deux symptômes, qui continuèrent plus tard à s'affaiblir quoiqu'on ait cessé les remèdes auxquels on serait tenté d'attribuer cet affaiblissement, nous porte à nous demander s'il n'y aurait pas là une simple coïncidence. Il semble que pour reconnaître l'heureux effet du polygala, il aurait fallu que la diminution de la toux s'accompagnât d'une diminution correspondante dans la vitesse de la respiration et du pouls, tandis que le contraire eut lieu. Il semble que la dérivation produite par le jalap aurait dû diminuer les symptômes cérébraux, et il n'en fut rien. Enfin, durant les huit derniers jours, le traitement par les chlorures, puis les frictions de noix vomique administrées tout à la fin, furent sans aucun effet.

Tels sont les tristes résultats du coup d'œil jeté sur les moyens thérapeutiques tentés dans cinq cas de phthisie aiguë. Il fallait les constater ; mais on aurait tort pour cela de se décourager. L'histoire de la phthisie aiguë est encore à faire : M. Louis l'a dit après avoir donné ses quatre observations ; or, nous pensons que la nôtre et le petit nombre de celles qu'on trouverait en feuilletant les archives de la science, laissent encore presque tout à résoudre après elles, tant sous le point de vue diagnostique, que sous celui du traitement.

Etiologie. Quoique la phthisie aiguë puisse se développer même après la jeunesse, puisque un des quatre malades

de M. Louis avait 46 ans, il semble que l'âge de prédilection soit aux environs de 20 ans. C'était l'âge de notre malade; trois de ceux de M. Louis avaient 18, 19, 23 ans.

L'influence du sexe se fait sentir dans les cinq observations que nous analysons, à peu près dans la même proportion que dans la phthisie en général. Les observations de M. Louis se divisent en 70 hommes et 92 femmes. Or, dans nos phthisies aiguës nous avons 2 hommes et 3 femmes.

Chez les cinq malades, la constitution était ou forte ou médiocrement forte. Cette face de la question n'ayant pas été étudiée par M. Louis pour la phthisie en général, nous sommes privés de termes de comparaison, mais il est bon de se rappeler que, sur cinq cas de phthisie aiguë, il ne se trouve pas un individu à constitution grêle ou délicate.

Si nous exceptons un des quatre cas de M. Louis où la couleur châtain des cheveux est indiquée, les caractères du tempérament ont été partout passés sous silence. Notre malade avait aussi les cheveux chatains et tous les signes qu'on a coutume de rapporter au tempérament lymphatico-sanguin.

Sur l'influence des maladies antérieures, M. Louis dit positivement que ses malades n'ont été sujets à aucune maladie, ou du moins que la santé antérieure a été bonne. Ce n'est pas le cas pour notre malade. D abord elle a eu la petite vérole et la rougeole dès la première enfance. Et à ce propos, nous poussons le scrupule jusqu'à nous demander si dans le cas où il en aurait été de même pour plusieurs des malades de M. Louis, il est bien certain que ces mêmes malades le lui auraient révélé. Il est souvent impossible de conserver le moindre souvenir des maladies de ses premières années.

Or, qui oserait dire que l'existence antérieure de ces deux maladies ou leur absence est indifférente à la prédisposition tuberculeuse? C'est une question soulevée, et que nous affirmons n'avoir été résolue jusqu'à présent dans aucun sens.

Vient ensuite le catarrhe de notre malade, qui a débuté à sept ans, qui a duré six mois, et a été suivi d'une habitude d'expectorer qui ne s'est jamais complètement perdue. Assurément, si un fait isolé avait quelque valeur en pareille matière, nous donnerions beau jeu à ceux qui veulent faire dériver la phthisie du catarrhe, et en général des phlegmasies thoraciques. Mais nous n'estimons pas qu'il y ait ici autre chose qu'une coïncidence, et comme il serait trop long de rappeler les nombreuses raisons qui font de la phthisie une maladie à part des phlegmasies ordinaires, nous nous bornons à renvoyer les lecteurs qui ne seraient pas au fait, aux pages 523 et suivantes des *Recherches* de M. Louis sur la phthisie.

Quelle influence peuvent avoir des chagrins violents et continus, sur le développement de l'affection tuberculeuse? Que penser de ceux qu'a éprouvés notre pauvre jeune malade. Comment expliquer la disposition tuberculeuse chez deux enfants à peu-près du même âge, lorsque le père, la mère, et quatre autres enfants n'ont offert aucun symptômes de cette maladie? L'éruption à la tête survenue à huit ans chez notre malade, aurait-elle été un symptôme précurseur des tubercules, ou en était-elle indépendante, etc ?

Ces questions, que notre observation soulève sans les résoudre, appellent de nouvelles recherches plus détaillées que celles qu'on a recueillies jusqu'ici. Assurément il serait précieux de savoir à quoi s'en tenir sur de pareilles questions, puisque la connaissance des causes est de toute nécessité quand il s'agit de les combattre; et combien ne serait-il pas important de les combattre pour diminuer les ravages de la maladie qui apparaît en première ligne dans la loi de mortalité du peuple.

Or, la connaissance des causes ne s'acquiert que d'après des observations où toutes les circonstances de la vie antérieures à la phthisie seront minutieusement enregistrées. Lorsque ces observations seront suffisamment nombreuses, l'analyse atteindra avec sureté celles dont l'action

est la plus certaine, et alors seulement il s'agira de proposer la meilleure prophylaxie ; alors les conseils prophylaxiques qui surabondent dans les ouvrages, et dont aucun n'a d'autre base que des idées systématiques ou des analogies éloignées, seront jugés. C'est d'après les mêmes réflexions que J. Jackson, de Boston, notre malheureux ami, développa, dans une de ses lettres à son père, un plan d'association entre une dixaine de médecins observateurs, qui suivraient un certain nombre d'enfants depuis leur naissance jusqu'à l'âge adulte, qui mettraient leurs observations en commun, afin d'arriver à discerner les circonstances antérieures propres à ceux seulement qui auraient été atteints de tubercules. Cette idée était à la fois le résultat d'un jugement droit, et d'un noble amour de vérité. Celui qui sut inspirer à Jackson ce zéle élevé qui n'eût pas manqué de porter de beaux fruits s'il n'avait pas été enlevé si tôt, est un homme dont aussi nous avons le bonheur d'être l'éléve et l'ami.

Peut-être le lecteur s'étonnera-t-il d'apprendre que c'est un élève de M. Louis qui vient d'analyser ses observations, qui a signalé avec soin les lacunes qu'elles renferment, dont plusieurs avaient d'ailleurs été indiquées par lui, et qui a discuté même quelques unes des conséquences qu'il en a tirées. Mais nous pouvons le rassurer d'avance, en lui apprenant aussi que M. Louis s'estimerait trop heureux, si la connaissance des points sur lesquels ses premières observations laissent à désirer, profitaient à ceux qui observent aujourd'hui pour faire mieux qu'il ne fit lui-même alors. Parmi les causes des progrés qu'il fit dans la voie d'observation ouverte par lui, peut-être qu'il mettrait en première ligne cette foule de points auxquels il ne trouva aucune réponse, lorsqu'il entreprit d'analyser les premiers faits qu'il avait recueillis.

Quant à la discussion, il est sans doute bien des élèves qui n'osent discuter les opinions de leurs maîtres, qu'à condition de les faire valoir, *quand même* ; mais les élèves de M. Louis, qui sont devenus ses amis, et qui ont pu le

comprendre ne se feront, et ne lui feront jamais une pareille injure!

Ostéite aigue et luxation spontanée de l'articulation fémoro-tibiale; amputation. — Observation communiquée par M. Louis Fleury, *interne des hôpitaux, etc., et suivie de quelques réflexions sur cette maladie.*

Obs. — Le 3 janvier 1837, est entrée à l'hôpital St.-Lazare la nommée Marie-Félicité Cuisnier, fille publique, âgée de 25 ans. Cette femme avait un chancre récent à la fosse naviculaire: on lui prescrivit un traitement anti-syphilitique énergique (tisane et sirop sudorifiques, liqueur de Wan-Swieten, frictions mercurielles de un gros). Au bout de douze jours, elle se plaignit d'éprouver des coliques violentes; le traitement fut supprimé, remplacé par une tisane émolliente, et l'on se contenta de panser le chancre avec du cérat de saturne.

Le 17, les douleurs abdominales avaient cessé. Le 22, le chancre était entièrement cicatrisé; mais quelques petites végétations s'étaient élevées sur la face externe des grandes lèvres. Le 6 février, on proposa à la malade de lui exciser les petits tubercules qu'elle portait, et elle consentit sans difficulté à subir cette légère opération; malheureusement l'aspect des ciseaux lui fit perdre tout son courage, et plusieurs personnes furent obligées de la maintenir sur le lit; le membre inférieur gauche dut surtout être tourné avec force en dehors, et un mouvement assez brusque qui lui fut imprimé à cet effet, arracha un cri violent à Cuisnier. Le soir, elle accusait une courbature générale, la nuit elle eut une sueur abondante.

Le 7, l'articulation fémoro-tibiale gauche était le siége d'une douleur violente et continue. Le 9, le genou était gonflé, la peau n'avait pas changé de couleur, mais elle était chaude, la douleur avait augmenté, le pouls était normal. (Cataplasme laudanisé). Le 11, les mêmes symptômes persistent, et l'affection paraissant revêtir un caractère plus grave, nous interrogeâmes la malade sur ses antécédents, dans l'espoir d'éclairer le diagnostic.

Marie Cuisnier est d'une constitution lymphatique, elle n'a jamais eu ni rhumatisme ni maladie cutanée, scrofuleuse ou syphilitique, et sa santé a toujours été très-bonne, à l'exception de

quelques troubles qui ont eu lieu dans la circulation : ainsi, après avoir été réglée à 11 ans, elle eut, depuis 13 jusqu'à 15, des pertes presque continuelles, et ses menstrues sont restées fort irrégulières; elles ne paraissent que tous les deux, trois ou quatre mois, et ne durent qu'un ou deux jours; une hémorrhagie pulmonaire abondante a eu lieu l'année dernière; elle se déclara tout-à-coup sans cause appréciable et s'arrêta d'elle-même. Avant et depuis cette hémoptysie, Cuisnier n'a pas eu de maladie de poitrine, pas de toux, pas de sueurs nocturnes; cependant la percussion donne un son légèrement mat dans les fosses sus et sous-claviculaires et sus-épineuse droites. A l'auscultation, la respiration vésiculaire s'entend peu, l'expiration se prolonge autant que l'inspiration; en un mot, on trouve tous les signes qui peuvent faire croire à la présence de tubercules au sommet du poumon droit, et la malade nous apprend en outre que son père et sa mère sont morts phthisiques. Le cœur n'offre rien d'anormal, les voies alimentaires ont toujours été en bon état, l'abdomen n'est nullement douloureux à la pression.

Le 12 février, M. Boys, de Loury, fit appliquer vingt-cinq sangsues autour de l'articulation qu'il pensait être le siége d'un rhumatisme, et rien en effet ne pouvait faire supposer une affection plus grave. Le 13, la malade éprouve un léger soulagement; on lui prescrit un julep avec douze gouttes de teinture de colchique, un demi-grain d'extrait gommeux d'opium pour le soir. Le 15, les douleurs ont repris leur première intensité; le genou a encore augmenté de volume, la peau est plus chaude, la langue est recouverte d'un enduit jaunâtre épais, la bouche est mauvaise (Un grain et demi d'émétique). Le 17, la langue est toujours chargée (trois verres d'eau de Sedlitz). Le 19, on administre une seconde fois un grain et demi d'émétique, qui provoque des vomissements très-abondants à la suite desquels la malade se trouve soulagée.

Le 21, le genou est plus gonflé; la peau est tendue, luisante, décolorée, les douleurs sont pongitives et d'une violence extrême; le pouls est toujours normal. La persistance de ces symptômes fit craindre à M. Boys de Loury qu'ils ne se rattachassent à une lésion profonde, et leur ensemble lui parut constituer le début d'une tumeur blanche (Vésicatoire au côté interne de l'articulation). Le 27, l'état de la malade n'offre aucune amélioration (Vingt-cinq sangsues, second vésicatoire au côté externe de l'articulation).

Le 3 mars, le genou est tellement douloureux, que le plus lé-

ger contact est insupportable ; tout mouvement est devenu impossible, et la malade ne goutte plus un instant de repos.

Le 6, même état (Saignée de huit onces).

Le 13, en examinant avec attention le membre pelvien gauche, on remarque un changement dans sa direction : la jambe forme avec la cuisse un angle dont l'ouverture est dirigée en dedans, de telle sorte qu'on dirait que la tubérosité externe du tibia n'est plus en rapport avec le condyle correspondant du fémur ; la rotule est également déplacée et rejetée en dehors. Tel est l'aspect général de l'articulation ; et si le gonflement énorme des parties molles et les douleurs atroces que provoque le plus petit mouvement imprimé au membre ou le toucher le plus léger, ne permettent pas de constater d'une manière précise la situation relative des surfaces articulaires, la diastase paraît néanmoins évidente. (Douze sangsues).

Le 20, les symptômes que nous avons énumérés s'aggravent tous les jours ; tout le membre inférieur commence à devenir œdémateux.

Le 1er avril, les accidents locaux augmentent sans cesse d'intensité, et l'état général de la malade commence à s'altérer. Des vomissements, de la diarrhée, une large escarrhe au sacrum épuisent ses forces que le sommeil ne vient même plus réparer ; les douleurs sont continuelles, l'amaigrissement considérable. (Quinze sangsues). Le 6, quinze nouvelles sangsues sont appliquées ; mais ces émissions sanguines locales n'ont d'autre effet que d'appaiser les douleurs pour quelques heures seulement. Le 10, l'état général de la malade et l'impossibilité dans laquelle elle se trouve de supporter plus long-temps les souffrances qu'elle endure, ont rendu l'amputation de la cuisse inévitable, et M. Boys de Loury pratique cette opération le 13 avril.

La dissection du membre montre les désordres suivants :

La peau et le tissu cellulaire sous-cutané ne présentent rien de pathologique dans leur structure ; mais au-dessous d'eux, on voit les fibres musculaires décolorées, ramollies, distendues par une sérosité abondante également infiltrée entre les mailles des tissus cellulaire et adipeux inter-musculaires : en arrivant aux couches profondes, les altérations sont plus graves encore ; toutes les parties sont confondues en un tissu homogène, blanchâtre, lardacé, criant sous le scalpel, et au milieu duquel on ne distingue qu'avec la plus grande difficulté les ligaments de l'articulation.

Ici se présentent les lésions les plus remarquables. On voit une

luxation en dedans si prononcée que le condyle externe du fémur recouvre la tubérosité interne du tibia, tandis que le condyle interne repose sur la face correspondante de l'os de la jambe. Par suite de ce déplacement, la rotule se trouve en rapport immédiat avec le condyle externe ; sa face postérieure, profondément cariée, a contracté avec ce condyle également carié quelques adhérences qui doivent faire croire à un commencement d'ankylose.

Toutes les surfaces articulaires sont cariées, à l'exception de la tubérosité externe du tibia, qui seule est demeurée parfaitement intacte. Le tissu osseux est spongieux, friable, rouge ; les ligaments croisés, les cartilages semi-lunaires, les cartilages d'encroûtement, la synoviale sont complètement détruits et transformés en une bouillie sanguinolente.

Le ligament latéral externe de l'articulation est énormément distendu, épaissi et ramolli ; le ligament latéral interne, au contraire, ne présente plus que la moitié à peu près de sa longueur ; il est comme raccorni, et sa résistance est telle, que les efforts les plus violents ne peuvent ramener le condyle externe à la place qu'il doit occuper, quoique l'articulation soit complètement ouverte. En cet état de choses et sans préjuger si la luxation a été déterminée par la rétraction de ce ligament, on voit du moins évidemment que celle-ci s'oppose seule à la réduction.

14 avril : la malade avait supporté l'opération avec le plus grand courage : six vaisseaux artériels avaient été liés, les lambeaux rapprochés et maintenus par des bandelettes agglutinatives ; enfin, le pansement terminé comme à l'ordinaire. Deux heures après il survint une hémorrhagie qui obligea à enlever complètement l'appareil ; il fut réappliqué après que des recherches rendues fort difficiles par la présence de nombreux caillots m'eurent fait découvrir un petit rameau artériel dont je fis immédiatement la ligature.

La malade avait perdu plusieurs onces de sang, et elle était assez affaiblie ; mais aussitôt que l'hémorrhagie fut arrêtée, elle sentit ses forces renaître, et la nuit a été fort bonne.

Le 17, l'état de notre amputée est fort satisfaisant ; elle n'a presque pas de fièvre, l'appareil n'offre pas trace de pus ; l'escarrhe, qu'on panse tous les jours avec du quinquina, est moins blafarde et quelques bourgeons charnus paraissent se développer. (Limonade édulcorée, un bouillon). Le 18, dans la nuit, Cuisnier a eu plusieurs selles liquides et quelques vomissements. (Riz édulcoré, eau de Seltz par cuillerée). Le 20, la diarrhée a cessé, mais les vomis-

sements continuent et sont très-douloureux par suite des secousses qu'ils impriment au moignon (potion anti-émétique de Rivière.) .

Le 21, on lève l'appareil. La réunion par première intention a échoué sur tous les points, la plaie est largement ouverte, et l'os est à nu dans nne étendue de huit à dix lignes : la snppuration n'est pas fort abondante, le pus est séreux et n'offre, ni dans sa consistance, ni dans sa couleur, les qualités désirables. L'escarrhe a fait des progrès et offre maintenant une surface de trois pouces de diamètre. Le 24, les pansements consécutifs n'ont rien offert de particulier; la suppuration conserve les mêmes caractères. La diarrhée et les vomissements cessent et reparaissent à différents intervalles.

Le 26, la malade se plaint d'éprouver des douleurs abdominales violentes; tout-à-coup elle s'écrie qn'elle va acconcher, et, à notre grand étonnement, nous constatâmes qu'elle ne se trompait pas : deux heures après, clle était délivrée d'un fœtus de quatre mois et demi à cinq mois, qui paraissait mort depuis déjà quelques jours.

Le 27, la malade a passé une assez bonne nuit; mais son état est bien changé. La peau est froide, la langue sèche, les dents fuligineuses, la face grippée, la suppuration presque tarie; l'escarrhe a repris son aspect blafard et sa fétidité : les vomissements ont cessé, mais le dévoiement persiste; le pouls est faible et fréquent. Le 28, le même état se prolonge pendant tonte la journée, et la malade succombe le lendemain, 29 avril, à onze heures dn matin.

Autopsie, vingt heures après la mort. — Rigidité cadavérique assez prononcée, amaigrissement considérable; l'escarrhe offre les dimensions et l'aspect que nous avons indiqnés, la peau commence à se mortifier au niveau de l'angle sacro-vertébral.

Les poumons n'ont contracté aucune adhérence avec la plèvre costale; en incisant leurs lobes inférieurs, il s'écoule d'abord une grande quantité de sérosité sangninolente et spnmeuse; mais si l'on exerce une forte pression sur le tissu pulmonaire, on voit du pus sortir avec abondance par les orifices des vaisseaux veineux.

Au sommet du poumon droit, on trouve des tubercules à différents degrés de leur développement, et denx cavités contenant à peu près chacune la valeur d'un dez à coudre de pus. La présence de ce liqnide dans les veincs nous fit penser que ces collections purulentes devaient être considérées comme des abcès déterminés

par une résorption purulente ; mais en les examinant avec soin, on voit leur surface interne revêtue d'une membrane épaisse, organisée ; le liquide qu'elles renferment offre tous les caractères du pus tuberculeux, et l'on ne peut méconnaître des cavernes de phthisie pulmonaire.

La membrane muqueuse de l'estomac est arborisée au niveau du grand cul-de-sac, mais elle n'a rien perdu de sa consistance ; les intestins ne présentent aucune altération.

Tous les viscères et le foie en particulier sont dans leur état normal.

Le moignon n'offre rien de particulier, l'artère fémorale est oblitérée par un caillot de quinze lignes environ de longueur ; le sang veineux n'offre aucune trace de pus, et la membrane interne des vaisseaux qui le contiennent est dans une intégrité parfaite.

Cette observation offre, ce me semble, plusieurs points intéressants à discuter.

Sous le rapport de l'étiologie, on se demande quelle est la cause qui a pu faire naître aussi brusquement et développer avec autant de rapidité une tumeur blanche ?

Les conditions dans lesquelles se trouvait le malade, et la marche de l'affection prouvent suffisamment que son influence a été locale, instantanée. Est-ce un effet du *virus vénérien* ou au contraire de l'administration d'une assez haute dose de *mercure*? Je ne pense pas que ces deux hypothèses puissent être défendues. Est-ce le *vice arthritique*? mais Cuisnier n'avait jamais eu de rhumatisme, et l'absence de fièvre et de changement de couleur de la peau, indique que l'affection à laquelle elle a succombé n'a pas débuté sous cette forme. Peut-on admettre enfin que la maladie ait été déterminée par la pression et le tiraillement exercés sur le genou lorsqu'il fallut maintenir la malade pour l'excision de ses végétations ? Je répondrais volontiers par l'affirmative. Chez une malade que j'ai eu occasion d'observer, et qui a subi l'amputation de la jambe pour une tumeur blanche de l'articulation du coude-pied, dont l'histoire offre la plus grande analogie avec celle que je viens de rapporter,

chez cette malade, dis-je, il suffit d'une pression très légère exercée avec la main sur un os superficiel pour déterminer de fortes douleurs, et tous les symptômes d'une périostite. Pourquoi dans la circonstance qui nous occupe une distension forcée d'un ligament n'aurait-elle pas été suivie d'une inflammation violente ? Et l'apparente insensibilité du tissu ligamenteux suffit-elle pour faire rejeter cette hypothèse?

Voyez avec quelle facilité, dans cette supposition, s'expliquent toutes les circonstances de la maladie, cette invasion brusque, sans prodrômes; cette marche si aiguë, si rapide. L'examen raisonné de la pièce pathologique ne vient-il pas encore la soutenir : Si la maladie a débuté par l'inflammation du tissu osseux, pourquoi, toutes les surfaces articulaires étant cariées, la tubérosité externe du tibia est-elle demeurée intacte? Comment la luxation s'est-elle produite, puisque ces surfaces ont encore conservé leurs formes, et pourquoi l'articulation étant largement ouverte, est-il impossible de la réduire ?

Cela ne peut se comprendre qu'en admettant que la maladie a débuté par une inflammation du ligament latéral interne de l'articulation fémoro-tibiale; que cette inflammation a déterminé un raccourcissement, une rétraction de ce ligament, et que ce raccourcissement a seul produit, d'abord, la carie des surfaces osseuses par la pression, le rapprochement forcé qu'il leur a imposé, et enfin la luxation, lorsque les os ont été suffisamment usés pour permettre le déplacement. De cette manière on voit que la luxation ne pouvait être réduite qu'èn coupant le ligamont latéral interne, et que la tubérosité externe du tibia a dû échapper à la carie, puisque la traction de l'articulation en dedans, loin de la soumettre à une augmentation de pression, a dû au contraire la dégager par un mouvement de bascule.

Si les choses ne s'étaient pas passées ainsi, pourquoi les deux ligaments latéraux n'auraient-ils pas subi la même altération? Il est évident que l'un a été *raccorni* par l'effet d'une inflam-

mation violente et brusque, tandis que l'autre s'est distendu sous l'influence d'une traction lente et graduée.

Je ferai enfin remarquer à l'appui de cette opinion, que les premières douleurs qui ont signalé le début de l'affection ont eu lieu immédiatement après la traction exercée sur le membre, et qu'elles n'ont pas cessé depuis ; que cette traction portait le genou en dehors, et que par conséquent elle portait tout entière sur le ligament latéral interne de l'articulation,

L'hémorrhagie qui survint après l'opération montre combien il est difficile quelquefois d'éviter cet accident ; l'impression de l'air crispe les orifices béants des artères, et s'oppose à tout écoulement de sang jusqu'à ce que l'application du pansement vienne faire cesser ce spasme. M. Velpeau n'admet pas cette explication qui semble si naturelle ; mais quoi qu'il en soit, on voit combien il est important de ne pas placer l'appareil trop tôt. Le contact de l'air avec la plaie a moins d'inconvénient que les manœuvres auxquelles on est obligé de recourir pour arrêter une hémorrhagie consécutive.

Cet accouchement imprévu constitue encore une circonstance remarquable dans cette observation ; il est certain que la grossesse constatée n'aurait pas été une contre indication de l'opération, mais au moins eût-il été bon de la connaître. Peut-on accuser l'observateur lorsque l'irrégularité habituelle des menstrues et les dénégations formelles de la malade l'éloignaient de cette idée ; quels moyens assurés d'ailleurs aurait-il eus pour reconnaître la gestation ?

Enfin cette complication a-t-elle exercé une funeste influence sur la malade ? La mort a-t-elle été déterminée par l'avortement, ou bien au contraire celui-ci n'a-t-il été que le dernier effort d'un principe vital déjà consumé ? (1)

(1) La pièce anatomique a été déposée au musée Dupuytren. Les auteurs ont observé fort peu de luxations spontanées de l'articulation fémoro-tibiale, et M. le professeur Cruveilhier, a jugé celle-ci digne d'être conservée.

Sur les étranglements internes des intestins, par le docteur Charles Rokitansky, *professeur de pathologie à l'Université de Vienne* (1).

Le docteur Rokitansky admet trois espèces d'étranglements internes des intestins, d'après leurs caractères anatomiques.

Première espèce. *Rétrécissement ou oblitération complète d'un ou plusieurs points du canal intestinal, résultant d'une pression qui, exercée sur lui par une autre partie de l'intestin, ou de son mésentère, agit de manière à le serrer contre le point opposé de la paroi abdominale.*

Il est clair que dans les cas de ce genre, la pression doit surtout s'exercer dans la direction de la paroi postérieure et résistante de l'abdomen, et que celle qui s'exerçait en sens contraire n'aurait nécessairement que des effets passagers et peu marqués. Une autre observation que l'expérience confirme, c'est qu'en raison de la mobilité plus grande de l'intestin grêle et du mésentère, ce sont ces parties qui doivent surtout exercer sur le gros intestin une pression que ce dernier viscère ne peut éluder à cause de sa trop grande fixité. Voici quatre cas de cette espèce d'étranglement.

Obs. Ire. — On observa les dispositions suivantes dans la cavité abdominale d'un raffineur de sucre, âgé de 48 ans, qui mourut à l'hôpital général de Vienne en 1827. On trouva, à l'ouverture de l'abdomen, la dernière courbure de l'S du colon comprimée par le mésentère de l'intestin grêle, qui plongeait dans la cavité du petit bassin. Le mésentère formait, dans cette situation, un pédicule arrondi, d'environ trois pouces de long et d'un pouce et demi d'épaisseur, auquel était attachée la totalité des circonvolutions de

(1) Extrait du *Medicisniche Iarbucher des Ost. Sc.* XIX. Band., iv. Stuck, 1836. (*The British and Foreign Rewiew* 1837. No. 6 april.)

l'intestin grêle. Le cordon ou pédicule tendu par ce poids passait sur la portion indiquée de l'S iliaque et présentait, en certains points une apparence tendineuse. Le colon et une portion du petit intestin étaient le siége d'une distension considérable.

Obs. II. — Une femme, âgée de 87 ans, mourut à l'hôpital général de Vienne en 1834, avec les symptômes d'une hernie étranglée. A l'ouverture de l'abdomen, on vit que la plus grande partie de l'intestin grêle se trouvait dans la cavité pelvienne, les cinq sixièmes de ce viscère suspendus au mésentère comme à un pédicule, descendaient dans cette cavité le long des vertèbres lombaires. Les circonvolutions étaient collées ensemble et aux parois du bassin par de la lymphe plastique. Une petite hernie inguinale épiploïque existait du côté droit. Le reste de l'intestin grêle, à sa sortie de dessous le mésocolon transverse, formait une espèce de maille circulaire, se portait en passant sous le pédicule indiqué vers la région latérale droite de l'abdomen, faisait un nouveau circuit, et passait de nouveau derrière le pédicule aplati en ce point sur la colonne vertébrale, pour descendre enfin dans le bassin. De cette manière, cette dernière portion de l'intestin grêle avait souffert à un degré notable une compression de la part du pédicule du mésentère et des circonvolutions suspendues à ce cordon. La partie comprimée étoit un peu congestionnée, mais distendue considérablement par des matières fluides. Le reste de l'intestin grêle était d'un noir rougeâtre, congestionné, enflammé et ramolli. Le gros intestin était pâle et revenu sur lui-même.

Obs. III. — Un homme de 76 ans mourut à l'hôpital général de Vienne, en août 1828. Long-temps avant sa mort, il était tombé dans le marasme et se plaignait des retours fréquents d'une affection abdominale, accompagnée de spasmes de l'estomac, de tympanite, de borborygmes, et d'une constipation opiniâtre, outre plusieurs lésions du foie et de l'estomac. L'autopsie montra les altérations suivantes : l'S iliaque du colon était dilatée au point d'atteindre un diamètre de cinq pouces. Il remontait en traversant la région ombilicale jusque dans l'hypochondre droit, et repoussait du côté gauche le colon transverse et l'épiploon. La région sous-ombilicale du même côté, et la cavité pelvienne étaient remplies par les circonvolutions de l'intestin grêle qui passaient sur la portion de l'S iliaque qui croisait la colonne vertébrale et la comprimaient au moyen de leur mésentère. Au-dessus de ce point, l'S iliaque offrait un rouge morbide, ses membranes avaient plus d'une ligne

d'épaisseur; sa muqueuse, comme celle du rectum au voisinage de l'anus, était injectée. La partie inférieure de l'iléon était unie à la portion ascendante de l'S romaine par une fausse membrane très-forte.

Obs. IV. — Un boulanger, âgé de 87 ans, porteur d'une hernie très-ancienne et très-volumineuse, fut apporté, le 18 novembre 1828, à l'hôpital-général de Vienne, avec les symptômes d'un étranglement dans l'intestin. Il mourut peu d'instants après. A l'ouverture de l'abdomen, on trouva les intestins distendus au point de repousser fortement en haut le foie et l'estomac. L'intestin grêle était couvert de taches pourpres, fortement dilaté: ses tissus étaient très-injectés, et sa tunique péritonéale épaissie par le dépôt d'une lymphe coagulable. Le cœcum et le colon ascendant offraient les mêmes lésions et avaient acquis par l'effet de l'air et des fèces qui les distendaient un diamètre de quatre pouces. La partie inférieure de l'intestin grêle descendait dans le sac herniaire, tandis que sa partie supérieure, dont plusieurs circonvolutions étaient réunies par de fausses membranes, se portait, grâce à l'allongement considérable de son mésentère dans l'hypochondre droit. Là elle croisait la portion ascendante du colon sur lequel elle exerçait, en raison de sa pesanteur (qui peut être portée à 4 ou 5 livres), un tel degré de pression qu'on ne pouvait, même en employant la force, faire passer de l'air à travers la portion comprimée. Les colons transverse et descendant et le rectum étaient pâles et affaissés.

On voit d'après les cas précédents, que cette espèce d'étranglement arrive plus fréquemment chez les personnes avancées en âge, et qu'on doit rechercher ses causes prédisposantes dans l'allongement et le relâchement du mésentére, dans les accumulations de matiéres fécales dans les intestins, les hernies anciennes et volumineuses et dans les adhérences des circonvolutions entr'elles et aux mésentères. Les progrès sont généralement peu rapides; il peut arriver au degré d'étranglement complet, si la portion du tube digestif qui se trouve immédiatement au dessus du point comprimé est assez libre et assez dilatable elle-même pour pouvoir se replier et se renverser sur la partie étranglée.

Deuxième espèce. On pourrait l'appeler *rotatoire*, parce

qu'elle consiste dans la rotation d'une partie autour d'un axe formé par un autre partie ; elle renferme trois variétés : 1° La rotation d'une portion de l'intestin autour de son axe propre, 2° autour d'un axe formé par le mésentère ; 3° la troisième variété est celle dans laquelle une partie de l'intestin forme l'axe autour du quel s'enroule complétement une autre partie plus étendue avec son mésentère.

Voici les faits que l'auteur donne sur cette forme d'étranglement.

Obs. Ire. — Un homme âgé de 54 ans, mourut à l'hôpital-général de Vienne en décembre 1834, avec les symptômes d'une hernie étranglée. Le péritoine était enflammé dans une grande étendue, et offrait des adhérences nombreuses. L'intestin grèle (à l'exception d'une portion contenue dans un sac herniaire), le cœcum, le colon ascendant avaient quatre fois leur diamètre normal. L'intestin grèle était ramassé en plis fortement pressés les uns contre les autres, tandis que le colon ascendant et le cœcum distendus par de l'air et des matières, et s'élevant au-dessus du reste de la masse intestinale, étaïent enroulés sur eux-mêmes autour de leur axe propre, de manière à se trouver parallèles au colon transverse et à former avec lui un angle assez aigu pour s'opposer à tout passage ultérieur des matières contenues dans l'intestin. Le reste du colon et le rectum étaient pâles et revenus sur eux-mêmes.

Obs. II. — Une femme âgée de 71 ans fut admise à l'hôpital au mois de décembre 1830, avec les symptômes d'une hernie étranglée. Le taxis parvint à réduire la tumeur peu de temps après son arrivée. Dix jours après elle mourut. La hernie datait de sa cinquantième année, et n'avait jamais dépassé le volume d'un œuf de pigeon ; cependant la malade, pendant la dernière partie de sa vie, avait été sujette à des attaques répétées de constipation opiniâtre, à des coliques et des envies de vomir. A l'*autopsie*, on trouva des traces de péritonite : le mésentère plissé et complètement tordu sur lui-même, formait une espèce d'axe de quatre pouces et demi de longueur et d'un pouce et demi d'épaisseur, autour duquel venait s'enrouler l'intestin grèle. A partir du duodénum, l'intestin grèle descendait vers la fosse iliaque droite, et se

tordant sur lui-même devant la colonne vertébrale, faisait deux circuits autour de l'axe formé par le mésentère. Celui-ci, par le moyen des circonvolutions auxquelles il demeurait attaché, comprimait la portion d'intestin située derrière lui. La dernière portion de l'iléon, fortement comprimée, avait à peine en diamètre la largeur du doigt; ses membranes étaient décolorées, molles et friables. Deux pouces au-dessus de la valvule iléo-cœcale, elle offrait une perforation capable de donner passage à une noisette.

Obs. III. — Une femme âgée de 72 ans, sujette depuis plusieurs années à de la constipation, à des douleurs et à du gonflement de l'abdomen, fut admise à l'hôpital, le 25 juin 1833, avec de la fièvre, de la sensibilité épigastrique, de la tympanite et des nausées. Le lendemain, elle eut des vomissements répétés de matières fécales; elle mourut le 28. A l'autopsie, inflammation du péritoine; adhérences nombreuses. Le mésentère était fort allongé et roulé une fois et demie autour de son axe, l'iléon refoulé dans la partie supérieure de l'abdomen, tandis que toute la masse du jéjunum située sous l'iléon occupait surtout la région ombilicale gauche. L'espèce de corde formée par le mésentère comprimait contre le côté gauche de la colonne vertébrale les deux extrémités de l'intestin grêle; d'une part, l'iléon qui, à un pied et demi de sa jonction avec le cœcum, se portait de haut en bas et vers le côté droit; de l'autre, la portion supérieure du jéjunum qui passait sous le mésentère dans une direction opposée, c'est-à-dire de bas en haut et de droite à gauche. Ces deux points étaient fortement serrés et séparés du reste du canal intestinal, comme s'ils eussent été soumis à une ligature. Au même niveau, les membranes de l'intestin étaient injectées, d'un rouge noirâtre, et ramollies.

Obs. IV. — Une femme, âgée de 46 ans, fut admise à l'hôpital le 14 janvier 1833. Deux ans auparavant, elle avait eu de fréquentes attaques de douleurs dorsales avec ballonnement du ventre. Douze mois après environ, elle éprouva, en soulevant un fardeau, une douleur aiguë à la région inguinale droite; et, à partir de ce moment, elle fut sujette à des élancements dans les pieds, à de fréquentes coliques et à des vomissements bilieux. A son entrée, elle offrait les symptômes suivants qu'elle rapportait à une erreur de régime : anxiété extrême, sensibilité du ventre, vomissements bilieux, oppression du pouls, froid des extrémités. Elle mourut le 15. Outre une dégénérescence remarquable de l'ovaire droit,

voici ce qu'on observa : le colon et le rectum étaient contractés, pâles et vides. L'ovaire droit, qui avait acquis une longueur de neuf pouces, s'élevait hors du bassin jusque dans la région iliaque gauche où il était fixé. L'extrémité inférieure de cette tumeur était attachée au ligament large de l'utérus. Son extrémité supérieure était dirigée obliquement en haut et en dehors, et était unie par une bande membraneuse d'environ un pouce de large à la face supérieure du mésentère du jéjunum. La première portion de l'intestin passait sous cet ovaire hypertrophiée situé, derrière les attaches au mésentère, et plus bas, une autre portion marchait de gauche à droite; l'intestin descendait alors dans la fosse iliaque droite. Là, tout l'iléon avec son mésentère passait en arrière du cœcum (auquel le péritoine formait chez ce sujet un mésentère flottant); puis, remontant circulairement, venait tomber sur le côté interne du colon ascendant et la tumeur de l'ovaire. De cette manière le cœcum se trouvait en ce point séparé du colon ascendant, et retréci au point de pouvoir à peine admettre le bec d'une sonde. Il était fortement distendu et s'élevait au-dessus des circonvolutions environnantes de l'intestin grèle, accolé à la tumeur ovarique. Les membranes, ainsi que celle de l'intestin grèle, étaient épaissies et injectées; les cavités de ces deux viscères étaient remplies de matières fécales.

Obs. V. — Une femme âgée de 48 ans fut apportée à l'hôpital-général à la fin de mai 1834, avec les symptômes d'une hernie étranglée. L'intestin fut replacé avec facilité, ce qui sembla apporter quelque soulagement; néanmoins la malade mourut le 2 juin. On trouva dans la cavité abdominale environ deux pintes d'un liquide d'un gris sale, mélangé de matières fécales. L'intestin grèle était distendu et offrait des traces d'injection. Le péritoine était enflammé. Une des circonvolutions de l'iléon adhérait au commencement du sac herniaire (la hernie était inguinale droite et formait avec son mésentère une espèce de corde ou de colonne dirigée de bas en haut. La portion voisine de l'iléon, qui avait environ trois pieds de long, passait sous cette corde de dedans en dehors, puis se portait en haut et en dedans, tandis qu'en même temps, vis-à-vis le détroit supérieur du bassin, elle se tordait sur elle-même. De cette manière, le canal de ces portions ascendantes et descendantes de l'iléon se trouvait se trouvait étranglé contre l'espèce de colonne dont il a été question. Les parties soumises à la constriction étaient d'un rouge foncé; elles offraient une perforation de l'étendue d'un pois. Il n'y avait aucune apparence d'étranl ement dans le sac herniaire.

Obs. VI. — Un homme âgé de 61 ans fut admis à l'hôpital général en avril 1830, avec les symptômes d'une inflammation intestinale. Les accidents augmentèrent peu à peu ; il eut des vomissements de matière fécale et succomba au huitième jour de sa maladie. Pendant la dernière partie de sa vie, il avait été affecté d'une opiniâtre constipation, de coliques et de tuméfaction de l'abdomen. Il attribuait cette dernière attaque aux efforts qu'il avait faits en portant un fardeau pesant. On trouva dans l'abdomen un épanchement de sérosité et de lymphe. L'intestin grêle, le colon ascendant et transverse étaient fortement distendus ; leurs tuniques injectées, ternes et ramollies ; le colon descendant et le rectum étaient pâles et revenus sur eux-mêmes. Le mésentère était très-long et offrait quelques adhérences; le mésocœcum et le mésocolon étaient aussi d'une longueur et d'une laxité demesurées. En raison de cette laxité de leurs attaches, le cœcum et le colon lombaire droit étaient tordus sur leur axe de bas en haut et de dehors en dedans, et étaient placés dans le côté gauche de la cavité abdominale. Le mésentère et l'intestin grêle suivant le même trajet et se portant de bas en haut, croisaient le colon transverse, puis redescendaient dans les régions lombaire et iliaque du côté droit ; de cette manière, la partie de l'intestin déjà rétrécie par son enroulement autour de son axe propre était encore plus fortement étranglée par le mésentère qui passait sur elle en la croisant et la comprimait d'autant plus fortement que le poids de l'intestin grêle devenait plus considérable. Au point de constriction, l'intestin était ramolli et gangréné, et offrait plusieurs perforations à travers lesquelles des matières fécales liquides avaient passé dans la cavité abdominale.

Les cas simples et sans complication de cette seconde espèce d'étranglements internes, arrivent seulement comme ceux de la première espèce, chez des personnes âgées ; quand on les rencontre à une période moins avancée de la vie, leur développement a été en général favorisé par l'existence d'une hernie plus ou moins volumineuse, accompagnée d'adhérence de l'intestin aux parois abdominales, ou par la pression exercée par des productions accidentelles sur les viscères dont ils changent la position et altérent les liens. On les observe plus fréquemment chez les femmes, où ils dépendent probablement d'une disposition spéciale des parties contenues dans l'abdomen. La rotation d'une portion de l'in–

testin autour de son axe propre se présentera bien difficilement, si ce n'est dans les portions ascendante et transverse du colon. La rotation autour d'un axe formé par le mésentère, n'arrivera que pour l'intestin grêle, tandis que dans la troisième variété, l'axe pourra être formé par une portion quelconque de l'intestin grêle, le cœcum et peut-être aussi l'S du colon. Les étranglements de la seconde espèce sont lents dans leur marche; ils paraissent liés avec les mêmes causes externes qui déterminent l'apparition de ceux de la première espèce.

Troisième espèce. Cette espèce d'étranglement est causée par un arrangement particulier des parties, résultat lui-même d'un vice de conformation ou consécutif à une maladie. *Dans ces cas, l'intestin est étranglé par des anneaux ou des fentes formés, 1° par des fibres ou des bandes celluloso-membraneuses étendues d'un organe à un autre; 2° par l'adhésion de l'extrémité libre de l'appendice vermiforme à quelques points des parois de l'abdomen, ou à une portion de l'intestin ou du mésentère; 3° par des diverticules adhérents; 4° par l'adhérence de deux circonvolutions à un même point; 5° par des perforations ou des fentes, soit dans le mésentère, soit dans l'épiploon altérés par la maladie.* Voici quelques faits donnés à l'appui de cette classification :

Obs. Ire. — Une femme âgée de 61 ans, d'une complexion forte et robuste, fut admise à l'hôpital-général le 26 juin 1828. Elle offrait de violentes douleurs, du gonflement du ventre, une constipation opiniâtre, des vomissements de matières fécales; le pouls était opprimé, les extrémités froides. Elle mourut peu d'instants après son admission. A l'ouverture de l'abdomen, on observa les phénomènes suivants : toute la masse intestinale, à l'exception du colon descendant, était distendue, injectée et couverte de plaques de lymphe plastique; le cœcum, le colon ascendant, et le colon transverse avaient quatre fois leur diamètre normal; les tuniques intestinales étaient épaisses, vasculaires et ramollies. Une pseudo-membrane forte, d'apparence tendineuse, naissait du colon transverse au voisinage de la courbure gauche de ce viscère; à partir de

ce point, elle cotoyait obliquement le bord gauche de l'épiploon; puis, se portant dans une longueur de trois pouces à droite et en bas, venait s'attacher à l'ovaire droit, qui était ainsi attiré dans le grand bassin. Cette bande décrivait un tour et demi autour de la courbure gauche du colon, de son mésentère et d'une portion du grand épiploon. Elle serrait tellement l'intestin en deux points, que son canal en était complètement oblitéré, et que quelque force qu'on employât, on n'y pouvait faire passer de l'air. Le colon descendant et le rectum étaient pâles et contractés; l'ovaire droit présentait une remarquable altération dans sa texture.

Obs. II. — Madame E., mère de plusieurs enfants, avait eu, à de fréquentes reprises, de la douleur, de la sensibilité et du gonflements de l'abdomen. Ces symptômes s'étaient accompagnés d'une grande anxiété et de tendance à la syncope; ils diminuaient d'ordinaire à l'apparition de vomissements bilieux, et disparaissaient complètement quand des selles copieuses avaient eu lieu. Au printemps de 1832, la malade eut une violente attaque, qui résista à toute espèce de traitement, et elle succomba après trente-six heures de cruelles souffrances. On nota une inflammation du péritoine et un épanchement dans sa cavité. Des filaments et des bandes de pseudo-membranes s'étendaient en grand nombre de l'utérus aux viscères voisins. L'une d'elles, d'environ trois quarts de pouce de diamètre, était étendue de l'utérus au rectum, et s'élargissant dans son trajet, venait s'attacher à ce dernier viscère, au niveau des replis recto-vésicaux; il existait ainsi entre cette bande et la partie postérieure de l'utérus une fente où pouvait seulement passer le doigt. Une anse de l'iléon d'environ un pied de longueur, s'y était engagée et était si fort serrée, qu'on pouvait à peine introduire une sonde entre elle et les bords de la fente. La portion étranglée était distendue par de l'air et par un fluide d'un rouge noirâtre. Ses membranes avaient acquis une ligne et demie d'épaisseur et étaient fortement injectées.

Obs — III. Un domestique, âgé de 24 ans, puissamment musclé, sujet à de violentes douleurs intestinales, fut admis à l'hôpital général en 1829 avec une constipation opiniâtre, suivie d'inflammations des intestins et de vomissements de matières fécales. Il mourut peu de temps après son admission malgré l'emploi assidu de tous les moyens appropriés. A l'ouverture de l'abdomen on trouva les traces d'une péritonite étendue. L'intestin grêle, jusqu'à environ un pied et demi de sa terminaison, distendu par de l'air et des fèces, avait trois fois son diamètre normal. Le reste de ce viscère ainsi que la totalité du gros intestin étaient contrac

tés. Au point de séparation entre la portion distendue et la portion rétrécie de l'ilion, on voyait descendre de la partie supérieure de ce viscère un diverticulum de cinq pouces de longueur, très-étroit en certains endroits, lequel à environ deux pouces de sa naissance adhérait par une membrane celluleuse, très-résistante, à la face inférieure du mésentère d'une portion d'intestin qui marchait parallèlement à son trajet. L'anneau formé par ce diverticulum avait deux pouces et demi de diamètre, et donnait passage d'abord à l'anse intestinale comprise entre les deux points d'attache du diverticulum, puis à une seconde et à une troisième anse. La surface de ces portions d'intestin offrait quatre points fort serrés et gangrenés, particulièrement ceux qui se trouvaient immédiatement au niveau des points où le diverticulum s'écartait de l'intestin.

Obs. IV. — Un homme âgé de 36 ans fut apporté à l'hôpital-général le 3 mai 1835 avec les symptômes suivants : Douleur violente et tension du ventre, sensibilité à la pression, soif, vomissements, peau froide, pouls petit, fréquent, filiforme. Il attribuait sa maladie à un refroidissement qu'il avait essuyé en s'asseyant sur l'herbe. Ces symptômes cédèrent pour quelque temps aux remèdes usités; mais le 8 mai ils revinrent avec violence, s'accompagnèrent d'une constipation opiniâtre et de vomissements de matières fécales. Il mourut le 12. A l'autopsie on trouva une péritonite étendue. Quant au tube intestinal, voici quel était son état. Une bande membraneuse, de 2 pouces et demi de longueur et d'un demi pouce de large, s'étendait sur la surface antérieure du mésentère d'une anse de l'iléon d'environ un pied de longueur. Les deux extrémités de cette bande étaient fixées au mésentère près de l'intestin et se trouvaient à environ trois pouces l'une de l'autre. A gauche, près de l'insertion de ce ligament, l'anse intestinale dont il a été question se portait en avant et en haut sur le ligament, puis descendait dans la fente formée entre lui et le mésentère. En raison de cette disposition, le ligament tordu sur lui-même et raccourci d'un demi pouce formait un cordon serré de l'épaisseur d'une ficelle ordinaire qui comprimait fortement l'intestin engagé sous lui. L'intestin étranglé était fortement épaissi, infiltré de sang et d'un noir verdâtre. Le tube digestif au-dessus de l'étranglement était enflammé et distendu au dessous il était pâle et contracté.

Obs. V. — Une femme âgée de 31 ans, d'un tempérament robuste, fut admise à l'hôpital le 21 septembre 1828 avec les symptômes d'une violente entérite, une constipation opiniâtre et des vomissemens; elle mourut environ 20 heures après son arrivée. On apprit que

trois ans auparavant, pendant sa troisième grossesse, elle avait éprouvé une douleur aiguë et une sensation de déchirement dans la région ombilicale, en soulevant un sac de farine. La douleur cessa par le repos, mais elle revenait toutes les fois que ses intestins devenaient paresseux ; alors d'ordinaire les purgatifs la soulageaient.

Le péritoine était fortement enflammé, les membranes intestinales altérées dans leur couleur et leur consistance se laissaient déchirer avec facilité. On découvrit dans le mésentère de l'iléon un trou d'environ trois pouces de diamètre, à bords résistants arrondis et lisses. Ce trou était situé près du cœcum qui s'y était engagé et le traversait d'avant en arrière. Par suite de ce déplacement le colon ascendant était à demi roulé sur lui-même et si fortement comprimé contre le bord de la perforation, que l'on ne pouvait y faire passer de l'air. En bas le cœcum avait entraîné avec lui dans l'ouverture une grande portion de l'iléon, qui, s'enroulant plusieurs fois avec son mésentère, se trouvait placé près de la moitié inférieure de l'anneau qui lui donnait passage. Le cœcum très-gonflé, du volume d'une grosse gourde, était refoulé dans la région iliaque gauche et entouré des plis de l'iléon également distendu. Au delà de la partie soumise à la constriction, le gros intestin était pâle et contracté.

De ces faits relatifs aux étranglements de la troisième espèce, on peut déduire les conséquences suivantes : 1° Les cas de ce genre sont très nombreux ; il paraît même d'après l'essai du professeur Wagner que ce sont les plus fréquents. 2° Ils se rencontrent, sauf un petit nombre d'exceptions, chez des sujets jeunes ou de moyen âge, et particulièrement chez les femmes. 3° Ils sont dus, d'après les probabilités, à quelque cause capable d'altérer la position de certaines portions d'intestin, et de déterminer leur passage à travers les anneaux ou les fentes de nouvelle formation. 4° L'intestin grêle est le plus susceptible de cette espèce d'étranglement qui cependant se rencontre aussi sur les portions les plus libres et les plus mobiles du gros intestin. 5° Les affections abdominales observées à diverses reprises sur quelques individus, plusieurs années avant la terminaison fatale, nous autorisent à conclure que l'étranglement intestinal, dans quelques unes de ses variétés, peut avoir de fréquents retours, mais que l'in-

testin peut en être dégagé. Le repos, et plus encore de doux purgatifs, par leurs effets, et les contractions vermiculaires de l'intestin, doivent grandement contribuer à amener ce résultat heureux.

De la considération de tous les cas qui viennent d'être exposés, le docteur Rokitansky tire les conséquences suivantes relatives au diagnostic :

1° Aucun âge n'exclut la possibilité du développement d'un étranglement interne; cette affection se rencontre néanmoins plus fréquemment dans un âge moyen ou avancé.

2° Pendant une période plus ou moins longue avant la terminaison fatale, le malade est pris de temps à autre de symptômes indiquant un étranglement de l'intestin. Ceux-ci prennent leur source, soit dans un écart de régime, soit dans un violent effort, et commencent généralement par une douleur subite et aiguë dans les intestins. Dans quelques cas cette douleur part d'un point déterminé ; elle est suivie plus ou moins rapidement d'une distension remarquable de l'abdomen, de tympanite, de constriction de la poitrine; il y a une vive anxiété, des nausées et des vomissements selon la violence et la date de l'étranglement. Pendant la durée de ces symptômes et souvent même dans leur intervalle, les malades ont des selles rares, et même une constipation permanente et opiniâtre. Du repos, de doux laxatifs, une position convenable, procurent fréquemment de l'amélioration, ou même font disparaître ces symptômes ; toutefois ils sont sujets à se reproduire sous l'influence de la cause première de l'affection et se terminent enfin par une fatale et dernière attaque.

3° Cette attaque est généralement causée par quelque écart de régime ; elle s'annonce par une douleur de l'intestin, subite et violente, et qui s'étend bientôt à la totalité de l'abdomen. Le ventre est excessivement ballonné, la respiration laborieuse, les yeux enfoncés, la face est altérée et exprime une grande anxiété, les évacuations alvines sont peu abondantes, rares, plus souvent il y a une constipation rebelle. Les

vomissements, d'abord bilieux, sont ensuite formés par des matières fécales; la température baisse, le pouls peut à peine être senti. Tous ces symptômes éprouvent d'ordinaire une rémission peu de temps avant la mort.

4°. Le cours de cette affection est en général très-rapide; toutefois elle emporte rarement le patient avant le deuxième jour, et se prolonge fréquemment pendant 6, 8 ou 10 jours. Elle s'étend rarement jusqu'à la troisième semaine, et quand cela a lieu, il y a pendant ce temps des rémissions et des apparences d'améliorations.

5° On peut souvent distinguer ces cas par l'extérieur du malade, par la cause, la durée et la marche des précédentes attaques, par les moments de bien-être qu'elles ont laissé dans leurs intervalles; par la soudaineté de l'attaque qu'on observe, par l'accroissement progressif des symptômes passé une certaine période, et enfin par la persistance de la constipation, malgré tous les moyens employés.

Dans ce qui concerne le traitement, le docteur Rokitansky rejette toute espèce de médicament et particulièrement les purgatifs quand la maladie est arrivée à un certain point; il propose alors le *bistouri* comme le seul moyen de sauver le malade. Il donne quelques préceptes généraux relatifs au meilleur procédé pour lever l'étranglement, pour prévenir son retour, et conclut en remarquant que des observations ultérieures sont nécessaires pour décider de la convenance du traitement qu'il propose.

Recherches sur la grippe et sur les pneumonies observés pendant le mois de février; par M. Nonat. 2e *article.*

§. *Observations de pneumonie, suite de grippe avec fausses membranes dans les bronches des lobes hépatisés.*

Obs. Ire *Pneumonie, suite de grippe, à droite et à la base. Dou-*

leur de côté au début, râle crépitant peu prononcé, souffle bronchique au bout de vingt-quatre heures; crachats muqueux en grande partie blanchâtres, quelques-uns légèrement rouillés; diminution rapide des forces. Mort en trois jours. Autopsie, hépatisation rouge de la base du poumon droit; fausses membranes dans les bronches des lobes hépatisés. — Villermey, femme de ménage, âgée de 38 ans, d'une constitution affaiblie depuis le choléra, accouchée il y a un an, ayant des pertes utérines depuis 7 mois, d'un teint pâle et d'une maigreur prononcée, fut admise, le 1er février, dans mon service. Le col de la matrice était détruit par une vaste ulcération; écoulement fétide par la vulve, douleurs à l'hypogastre et au niveau du sacrum. (moyens calmans et palliatifs). Deux jours après son entrée, la malade fut prise des symptômes de la grippe (boissons pectorales, diète). Le 5 février, sans cause connue, frissons légers, suivis d'une récrudescence fébrile et de douleurs dans le côté droit, au niveau des fausses côtes. Le 6, la toux est sèche, pénible, par quintes; douleurs à la gorge; l'auscultation et la percussion pratiquées avec soin ne nous révèlent aucun signe anormal; le côté droit rend un son clair; l'expansion pulmonaire est mêlée d'un peu de râle sibilant; les crachats peu abondants, muqueux, filants. La peau chaude, le pouls accéléré (105), la respiration gênée, rien du côté des organes digestifs (mauve, violettes sucrées; Jul. gomm.; looch avec sirop de morphine, cataplasme, diète).

Le 7, les accidents se sont beaucoup aggravés : la respiration est fréquente (45), haute, costale (il semble que la malade soit placée dans un air raréfié); la douleur de côté persiste; la toux n'est pas moins pénible que les jours précédents; les crachats visqueux adhèrent au fond du vase; mêlés de quelques bulles d'air; les uns blanchâtres, demi-transparents, d'autres d'une teinte rouillée peu prononcée. A droite et en bas, matité, souffle bronchique, bronchophonie, quelques bulles de râle crépitant et muqueux; ailleurs l'expansion est forte, puérile; la peau chaude, sèche, le pouls fréquent (135), élevé, mais peu résistant; pâleur générale de la peau. Intelligence conservée, prostration remarquable des forces; la malade ne peut se tenir sur son séant. (Saignée de douze onces, tisane pectorale, loock, kermès jv, cataplasme gr. au côté droit; diète; synapismes aux extrémités).

Le 8, le sang était peu consistant, non couenneux. Point d'amélioration; la face est pâle, abattue, la respiration fréquente (50 à 55), menace de suffocation. Cette difficulté de respirer ne dépend point de la douleur de côté. La malade semble manquer

d'air ; elle éprouve un sentiment de suffocation des plus pénibles; mêmes signes stéthoscopiques qu'hier ; crachats visqueux, blanchâtres, quelques-uns un peu rouillés ; le pouls est à 140, facilement dépressible (large vésicatoire sur le côté droit, le reste *ut suprà*, excepté la saignée).

Le 9, très-mal. Dyspnée de plus en plus grande, menace d'asphyxie, matité dans les deux tiers inférieurs du côté droit, bronchophonie avec un peu d'égophonie, souffle bronchique très-intense, absence complète de râle crépitant ou muqueux; toux sans expectoration ; altération profonde de la face, le pouls (140 ou 150) dépressible, la peau couverte d'une sueur visqueuse. De plus en plus mal, symptômes d'asphyxie dans la journée ; mort à onze heures du soir. La malade a conservé sa connaissance jusqu'au dernier soupir.

Nécropsie. — Nous avons porté notre attention, d'une manière spéciale, sur l'appareil respiratoire ; voici ce que nous avons trouvé : les lobes moyen et inférieur du poumon droit étaient hépatisés au 2e degré. On apercevait çà et là quelques points d'hépatisation grise. Leur tissu offrait une multitude de granulations rougeâtres ou grises, miliaires, d'où l'on faisait suinter un liquide sanguinolent ou puriforme. Le poumon gauche était engoué en arrière ; le sommet de chaque poumon et la partie antérieure de celui du côté gauche étaient emphysémateux. Les conduits aériens furent examinés avec soin : la membrane muqueuse du larynx et de la trachée-artère était parsemée de plaques rouges (scarlatineuses). La rougeur devenait plus intense à mesure qu'on descendait vers les bronches des lobes hépatisés. L'une des bronches qui se rendaient dans le lobe inférieur du poumon droit, était obstruée par un cylindre blanchâtre, fibrineux, analogue aux fausses membranes du croup bronchique. Ce cylindre envoyait des prolongements dans toutes les petites divisions bronchiques correspondantes, il adhérait faiblement à la membrane muqueuse. Un cylindre de même aspect, également pseudo-membraneux, remplissait l'une des grosses bronches appartenant au lobe moyen du même poumon. Ce cylindre se continuait dans toutes les ramifications bronchiques. Nous pûmes suivre ces concrétions polypiformes jusqu'aux dernières divisions des canaux aériens. Elles commençaient dans les premières bifurcations des bronches, et fermaient toute communication entre la trachée-artère et une grande partie du poumon droit.

Les bronches du lobe supérieur du poumon droit, celles du

poumon gauche ne contenaient que de simples mucosités, leur tunique interne était à peine injectée.

Épanchement séro-sanguinolent dans la plèvre du côté droit, fausse membrane récente sur la plèvre.

Rien de semblable à droite.

Le cœur était un quart environ plus gros qu'il ne l'est d'ordinaire. Le ventricule gauche, hypertrophié et dilaté; la valvule mitrale épaissie, indurée, fibro-cartilagineuse. Rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche (4 lignes de diamètres), ventricule droit dilaté, rempli de caillots fibrineux, blanchâtre, récents.

Désorganisation du col de la matrice réduit en une substance caséeuse, d'un blanc jaunâtre, et contenant çà et là des foyers purulents. Rien dans le corps de la matrice.

On a dû être frappé comme moi, des caractères que la pneumonie a présentés chez cette malade. Malgré les conditions fâcheuses au milieu desquelles elle s'est développée, je ne pense pas qu'on trouve dans l'hépatisation des deux tiers inférieurs du poumon droit, la raison de tous les phénomènes observés pendant la vie. Est-il ordinaire de voir, dès l'invasion de la pneumonie, la respiration devenir anxieuse, haletante, à moins qu'elle n'occupe une grande partie des poumons? Est-il ordinaire de voir les forces tomber avec une égale rapidité lorsque la pneumonie est simple? Non certes, les choses ne se passent point ainsi, quelques jours de réaction franche précèdent l'épuisement des forces; les malades n'arrivent que par degrés à cet état de prostration que nous avons remarqué dès le principe chez notre malade.

La présence de cylindres pseudo-membraneux dans les bronches des lobes hépatisés, nous rend compte jusqu'à un certain point de la difficulté de respirer, et de tous les phénomènes qui se rattachent aux troubles de l'hématose; mais nous ne persistons pas moins à dire que nous ne saisissons pas tous les éléments de la maladie, et qu'il y a, en dehors des altérations locales, quelque chose dont nous ne concevons ni la nature, ni l'influence. Delà se déduit cette conséquence, que dans ce

cas nous n'avions point affaire à une inflammation franche du poumon et des bronches ; et que le traitement de la pneumonie ordinaire pouvait bien ne pas convenir ici. Déjà guidé par l'ensemble des phénomènes morbides, nous avions employé avec beaucoup de ménagement la saignée ; je ne pense pas qu'on eût osé pousser les émissions sanguines plus loin que nous l'avons fait : car une saignée de dix onces pratiquée au début de la pneumonie ne fut suivie d'aucun soulagement ; elle parut même augmenter les accidens. J'eus ensuite recours aux révulsifs sur la poitrine et au kermès : ces moyens n'ont pas mieux réussi que la saignée ; aurais-je dû employer la saignée avec plus d'énergie ? Je ne le crois pas : ce moyen était contr'indiqué par l'état général de la malade.

F Obs. IIe. *Pneumonie à droite et à la base*, *suite de grippe.* — Une femme âgée de 40 ans, enceinte et à terme, douée d'une constitution débilitée par la misère, dans un état de maigreur assez prononcé, portait depuis plusieurs années un catarrhe pulmonaire qui ne l'empêchait point de vaquer à ses travaux accoutumés. Ce catarrhe se faisait surtout sentir pendant les saisons froides et humides. Il revint cette année avec les mêmes caractères que les années précédentes. Le 4 février, la malade fut prise de la grippe. Une saignée du bras lui fut pratiquée au début. Cette saignée n'apporta aucune modification dans la marche des accidents. Le 9, entrée à l'hôpital. Le 10, face amaigrie, abattue, pâle, langue humide, blanchâtre, point d'envie de vomir, coustipation. Respiration (45 par minute) haute, costale, comme dans le catarrhe suffoquant ; orthopnée ; toux par quintes violentes, crachats abondants et muqueux. Douleurs vagues dans les flancs, mais plus prononcées à droite qu'à gauche. Râle muqueux à grosses et à petites bulles de chaque côté ; à droite et en bas, souffle bronchique avec râle sous-crépitant. Son moins clair à droite et en bas que dans les autres régions du thorax ; la peau chaude, et sèche ; le pouls fréquent (135), peu développé, très-faible, intelligence conservée ; diminution remarquable des forces (saignée de dix onces, boissons pectorales, loock avec kermès, gr. iv.). La saignée n'a point été faite, à cause des répugnances de la malade.

Le 11, mêmes symptômes. (vésicatoire au niveau du sternum, synapismes). Le reste, *ut suprà*.

Le 12, pas d'amélioration; mêmes signes stéthoscopiques; souffle bronchique mêlé de râle muqueux dans les deux tiers inférieurs du côté droit; râle muqueux partout ailleurs; crachats abondants en partie blancs, muqueux, quelques-uns un peu rouillés (même prescription qu'hier).

Vers le soir, la malade accouche d'un enfant mort-né. Dès l'instant de l'accouchement, les symptômes se sont aggravés; la nuit fut mauvaise. Le 13, à la visite du matin, la malade était à l'agonie. La face était violacée ainsi que les extrémités, la respiration accompagnée d'un râle trachéal, le pouls fréquent, presque insensible; la peau couverte d'une sueur froide. Mort quelques heures après la visite.

Nécropsie. — Lobes moyen et inférieur du poumon droit dans un état d'hépatisation rouge avec ramollissement du tissu pulmonaire. Les incisions des lobes hépatisés offraient un aspect granulé. Un liquide rougeâtre épais, visqueux, s'écoulait de tous les points frappés d'hépatisation. Le lobe supérieur du poumon droit, le poumon gauche étaient sains. La partie postérieure du poumon gauche était engouée.

Les bronches qui répondaient aux lobes du poumon droit hépatisés, contenaient des cylindres d'un blanc jaunâtre, non adhérents à la surface interne de la membrane muqueuse bronchique. Ces cylindres s'étendaient depuis les 3e ou 4e bifurcations des bronches, jusqu'à leurs derniers ramuscules. Rien de semblable n'existait dans le larynx, ni dans la trachée-artère, ni dans les bronches du poumon gauche et du lobe supérieur du poumon droit. Des mucosités abondantes et spumeuses obstruaient la plupart des canaux aériens. Une rougeur assez prononcée se remarquait sur la membrane muqueuse trachéo-bronchique; mais elle était beaucoup plus intense dans les bronches des lobes hépatisés.

Le cœur et les gros vaisseaux renfermaient un sang noir en partie fluide, et en partie coagulé; mais généralement peu consistant.

Nous voyons ici un exemple de pneumonie catarrhale. Les symptômes observés pendant la vie démontrent que la membrane muqueuse des bronches était déja le siège d'une phlegmasie générale avant que le parenchyme pulmonaire fut engorgé. L'abondance de l'expectoration, les diverses espèces de râle muqueux qu'on entendait également dans l'un et l'autre côté, sont les signes qui nous révèlent l'existence d'une bronchite

générale. Cette affection datait d'une époque assez éloignée, mais dès que la malade eût ressenti l'influence de l'épidémie, son état s'est aggravé ; les forces ont rapidement diminué, sa respiration est devenue difficile, anxieuse. On se rappelle qu'au moment où nous l'avons vue, l'engorgement du poumon commençait à naître, et que déja la dyspnée était très prononcée. L'accumulation des mucosités dans les bronches rendait l'asphyxie à chaque instant imminente. Nous songeâmes à combattre la pneumonie par une émission sanguine. Mais la malade ne voulut point se laisser pratiquer la saignée, parce que on lui en avait déja fait une qui, au lieu de la soulager, n'avait fait qu'aggraver sa position. La malade resta deux jours dans le même état, mais aussitôt qu'elle fut accouchée, elle tomba dans l'agonie et mourut quelques heures après.

A l'exception de la prostration des forces qui se manifesta dès le début, nous trouvons une explication de tous les symptômes dans les altérations anatomiques. La dyspnée était en grande partie sous la dépendance et de l'engorgement du poumon, et de l'obstruction des bronches par des mucosités, et par des cylindres pseudo-membraneux.

Cependant nous ferons remarquer qu'en raison de l'épuisement rapide des forces, cette observation doit être rapprochée de la précédente, et qu'ici encore nous n'avions point affaire à une phlegmasie franche soit des bronches, soit du poumon.

Nous ne terminerons pas sans faire remarquer combien l'etat de la malade s'est aggravé immédiatement après l'accouchement. Cette circonstance se retrouve dans toutes les affections d'un mauvais caractère. La cause la plus légère qui vient diminuer la force des malades, suffit pour compromettre leur existence.

Obs. IIIe. *Pneumonie suite de grippe, à la base et à droite. Mort le 4e jour, le lendemain de l'entrée. Fausses membranes dans les bronches des lobes hépatisés.* — Une femme affaiblie par la misère, âgée de 50 ans, fut admise à l'Hôtel-Dieu le 13 février. Elle était malade depuis huit jours. Au début, elle éprouva les symptômes de

la grippe, puis, quatre jours après, elle ressentit une douleur dans le côté droit, avec un frisson peu intense. Elle ne subit chez elle aucun traitement. Quand nous la vîmes pour la première fois, elle était près de succomber; la face était profondément altérée, abattue; les yeux enfoncés, larmoyants et couverts de chassie; les narines pulvérulentes; la respiration fréquente (de 45 à 50 par minute), haute, costale; les crachats visqueux, quelques-uns aérés, blanchâtres, d'autres grisâtres et semblables à de la purée grise-rougeâtre, accolés contre le fond du vase. En bas et à droite, matité très prononcée, souffle tubaire, râle muqueux à grosses bulles, avec craquement; point de râle sous-crépitant, pouls 135 à 140, petit, misérable, peau froide aux extrémités, ayant peu d'élasticité. La malade conservait son intelligence. (Vésicatoire sur le côté droit, vin de Malaga 4 onces, sinapismes aux extrémités, tilleul sucré, looch, kermès).

Ainsi que nous l'avions prévu, d'après l'ensemble des phénomènes indiqués plus haut, l'état de la malade s'est aggravé de plus en plus : l'expectoration a cessé, et la malade est morte dans la journée. Nous avons rencontré, à l'ouverture du cadavre, les mêmes altérations que dans le cas précédent. Les lobes moyen et inférieur du poumon droit étaient d'un rouge lie-de-vin, denses, faciles à déchirer, ramollis, en un mot, hépatisés au 2e degré; quelques points étaient infiltrés de pus (hépatisation grise); de nombreuses granulations miliaires se remarquaient à la surface des incisions. Le poumon gauche était seulement engoué en arrière.

Les bronches des lobes hépatisés contenaient, à partir des troisièmes bifurcations jusqu'aux dernières divisions, des concrétions d'un blanc jaunâtre, pseudo-membraneuses, analogues aux produits pseudo-membraneux du croup bronchique. Ces concrétions n'étaient point adhérentes à la surface interne des bronches. Les petits rameaux bronchiques étaient remplis de concrétions blanchâtres, vermicellées, qu'on apercevait à la surface des incisions, et qu'il était facile d'extraire en les saisissant à l'aide d'une pince. Les bronches du poumon gauche, celles du lobe supérieur droit renfermaient des mucosités rougeâtres, mais point de fausses membranes. Rien de semblable non plus dans la trachée-artère et le larynx.

État de la membrane muqueuse aérienne comme dans l'observation première : rougeur foncée des bronches appartenant aux lobes hépatisés. Rien dans d'autres organes.

Obs. IVe. (communiquée par M. St.-Ives, interne de M. Honoré). *Pneumonie suite de Grippe; forme ataxo-adynamique. Mort.* —

François-Marie, âgée de 28 ans, domestique, habitant Paris depuis deux ans, douée d'une bonne constitution, fut prise des symptômes de la grippe le 3 février : elle continua de travailler jusqu'au 9. Le 10, elle fut obligée de garder le lit à cause de l'augmentation de la fièvre et d'un sentiment de courbature générale. Le 11, elle fut apportée à l'Hôtel-Dieu (service de M. Honoré).

Le 12, face colorée, abattue, intelligence presqu'abolie ; sécheresse des lèvres et de la langue, soif vive, ventre indolent, constipation ; signe de catarrhe bronchique à un léger degré des deux côtés : pouls dur et fréquent ; peau chaude et âcre ; prostration générale des forces comme dans la fièvre typhoïde. (Saignée de dix onces ; tis. de mauv. sucrée ; jul. g. ; demi-lav. ; péd. sinapisé ; diète.)

Le 13, point de soulagement, redoublement de la fièvre ; face plus animée ; lèvres et langue plus sèches ; yeux plus éclatants ; nuit agitée par des rêvasseries (même prescription, la saignée exceptée). Le soir, redoublement plus violent de la fièvre et de tous les symptômes mentionnés plus haut, délire continu.

Le 14, la poitrine offre un peu moins de son à droite qu'à gauche vers la base, les crachats sont blancs, muqueux, le délire persiste ainsi que les autres phénomènes (sangsues derrière les oreilles, eau de Sedlitz 1 bouteille, synapismes aux extrémités). De plus en plus mal, le délire ne fait qu'augmenter, la face s'altère davantage ; les yeux sont fixes, hagards ; les lèvres et les dents se couvrent de pellicules noires ; le pouls acquiert une fréquence remarquable, il devient faible, dépressible. Cet état se prolonge pendant trois jours ; la malade succombe le 17 février.

Nécropsie. — Dans le côté droit de la poitrine, traces de pleurésie ancienne, le poumon droit était engoué en arrière, mais non ramolli ; la pression en faisait écouler un sang noirâtre et fluide. En avant, quelques points étaient emphysémateux. Le poumon gauche était hépatisé au deuxième degré, dans ses deux tiers inférieurs, son tissu avait une teinte rougeâtre, lie de vin, il était dense, ramolli, facile à déchirer. La surface des incisions offrait une multitude de granulations miliaires ; en un mot, on retrouvait ici les caractères de la pneumonie au second degré. Nulle part nous n'avons aperçu d'infiltration purulente (troisième degré).

Le larynx et la trachée-artère contenaient des mucosités peu abondantes, visqueuses, rougeâtres ; leur membrane interne était injectée, mais non boursoufflée, les bronches du poumon droit et du lobe supérieur du poumon gauche étaient saines ; leur muqueuse était seulement plus injectée que de coutume. Leur cavité

renfermait quelques mucosités mêlées d'air. Il n'en fut pas de même des conduits bronchiques qui se distribuaient dans le lobe inférieur du poumon gauche. Leur tunique interne était légèrement boursoufflée, rouge brunâtre. Cette coloration ne disparaissait point au lavage même prolongé. A partir de leur troisième bifurcation, les divisions bronchiques étaient remplies de cylindres d'un blanc jaunâtre, non adhérents à la tunique muqueuse. Ces cylindres n'étaient point canaliculés; ils étaient doués d'une certaine élasticité. Nous les vîmes se prolonger dans les bronches d'un très-petit calibre, qui avaient éprouvé une dilatation non équivoque. Quelques-unes de ces concrétions polypiformes adhéraient d'une manière assez intime, par leur extrémité, près des lobules pulmonaires, où elles offraient des filaments déliés. Nous n'avons pu nous assurer si ces filaments se continuaient dans les cellules bronchiques. Ces concrétions étudiées chimiquement nous ont présenté les mêmes caractères que les fausses membranes du croup. Elles étaient insolubles dans l'eau, dans les acides, et se dissolvaient dans une solution un peu forte de soude ou de potasse.

Une partie du lobe hépatisé fut conservée dans l'alcohol étendu d'eau. Les concrétions blanchâtres ont diminué de volume sous l'influence de ce liquide; mais elles ont conservé leur aspect blanchâtre et leur forme cylindrique. Le parenchyme pulmonaire s'est resserré, les granulations miliaires ont bientôt complètement disparu (ce qui prouve que ces granulations ne renfermaient point de concrétions pseudo-membraneuses.)

Le cœur était flasque, mou, ses cavités contenaient un sang noirâtre, fluide, avec quelques caillots d'une consistance molle.

Rien dans d'autres organes.

Cette observation n'est pas moins digne d'intérêt que les précédentes; elle s'en rapproche par la gravité des symptômes, eu égard au peu d'étendue des altérations locales; mais elle s'en distingue par la forme qu'elle a revêtue. Outre la prostration générale des forces qui se fit remarquer dès l'invasion des premiers symptômes, il y a eu du délire, de l'agitation, et l'ensemble des phénomènes qui caractérisent l'état ataxique. Aussi, sans l'auscultation et la percussion, on eût pu croire à l'existence d'une fièvre typhoïde; mais il eût été difficile, pour ne pas dire impossible, de soupçonner

l'engorgement inflammatoire du poumon. Cette espèce de pneumonie est sans contredit l'une des plus fâcheuses. Je doute qu'aucune médication eût prévenu la mort.

Obs. V[e] (communiquée par M. Rendu, interne de M. Breschet.) *Grippe compliquée de pneumonie ; fausses membranes dans les bronches.* — Le 16 février, un malade atteint de varices, couché salle Sainte-Jeanne, n° 6, âgée de 55 ans, d'une forte constitution, fut pris des symptômes de la grippe. Mal de gorge, courbature générale, peu de toux.

Le 18, sur les quatre heures du matin, le malade est agité, il lui semble que sa raison s'en va. La figure est injectée, la respiration haute et fréquente ; souffle bronchique dans la moitié supérieure du poumon droit; dans l'expiration on entend du râle sibilant : la percussion donne un son mat. (Saignée d'une livre). Peu après la saignée le malade est plus calme et moins oppressé. Le soir, le malade dormait.

Le 19 au matin. Pouls élevé, fréquent; respiration haute et fréquente. (Nouvelle saignée d'une livre). Le sang de la veille était pris en caillot, recouvert d'une couenne résistante, d'une ligne d'épaisseur; le sang de la nouvelle saignée se prend de suite en caillot, et la couenne se forme ; celle-ci est assez épaisse.

Le soir, la respiration continue à être gênée ; le pouls est fréquent, élevé, mais sans dureté; il est irrégulier, la figure du malade est altérée.

Le 20 au matin, même état que la veille. Le pouls assez fréquent et élevé, la respiration fréquente et haute. (Saignée de 4 onces ; potion stibiée avec ℥ vj de véhicule, et tartre stibié gr. viij.

Vers le soir, 4 heures, une couenne recouvre le sang ; le malade est affaissé, sa respiration est fréquente et haute : mort à cinq heures du soir.

Ouverture du cadavre — Le lobe supérieur du poumon droit est hépatisé au troisième degré, le moyen au deuxième degré ; l'inférieur est sain. Les bronches offrent leur membrane interne rougeâtre, les moyennes et les petites qui se rendent aux lobes malades, contiennent une fausse membrane jaunâtre, non adhérente aux bronches. Ces fausses membranes forment des cylindres qui semblent oblitérer la totalité des canaux bronchiques.

Pendant tout le cours de la maladie, il y eut des sueurs abondantes ; et les crachats ont offert une grande ressemblance avec une solution de sucre d'orge.

Voici un exemple de pneumonie adynamique ou maligne, combattue avec énergie par les émissions sanguines, le tartre stibié à haute dose, dès l'origine des accidents; et comme on a pu s'en convaincre, la pneumonie n'a éprouvé aucune modification de la part de ce traitement. Nous nous bornerons à faire cette remarque, attendu que les réflexions que nous ont suggérées les observations précédentes sont applicables en grande partie à celle-ci.

VI[e] Obs. (communiquée par M. Taupin, interne de l'Hôtel-Dieu, service de M. Jadioux). *Pneumonie double; 2[e] et 3[e] degrés d'hépatisation. Fausses membranes dans les bronches des lobes hépatisés.* — Gueury, âgé de 21 ans, boulanger, entra à l'Hôtel-Dieu, le 6 février 1837. Habituellement bien portant, il tomba malade le 8 février, sans cause à lui connue. Il fut pris de frissons, et le lendemain, d'un point de côté à gauche, avec fièvre. Le 9 au soir, il toussa beaucoup et cracha du sang. Depuis ce jour jusqu'à celui de son entrée, il ne cessa de tousser et de cracher le sang. La fièvre alla toujours croissant : il garda le lit et se fit apporter à l'hôpital. Il n'avait subi aucun traitement.

Le 16 au soir, la respiration était très-gênée; il ne pouvait se tenir couché; il se plaignait d'une douleur assez aiguë au côté gauche de la poitrine. Le pouls était large, dur, la peau chaude, couverte de sueur; la toux fréquente, suivie d'expectoration verdâtre, visqueuse, la voix naturelle. La percussion pratiquée en arrière donna un son tout-à-fait mat au côté gauche, un son plus clair à droite. On entendait un souffle bronchique très-prononcé en arrière du côté gauche, sans aucune espèce de râle. A droite, le souffle tubaire était moins marqué et accompagné de râle crépitant sec. La bronchophonie, très forte à gauche, existait à droite, mais à un moindre degré.

L'auscultation ne put être pratiquée en avant d'une manière satisfaisante, le malade s'en trouvant fort incommodé. Une saignée de 4 palettes lui fut pratiquée : le sang sortit par jet. Le caillot était abondant et couenneux; le malade se sentit soulagé momentanément; puis, dans la nuit, la dyspnée augmenta; et il mourut à six heures du matin, le 17 février.

A l'ouverture du cadavre, on trouva le poumon gauche entière-

ment hépatisé. Les parties les plus superficielles au deuxième degré. Le centre était à l'état de suppuration. La plèvre était couverte de fausses membranes récentes et ne contenait pas de liquide. le poumon avait augmenté de volume, remplissait toute la cavité gauche et portait l'empreinte des côtes. Les bronches, depuis la troisieme bifurcation jusqu'aux ramifications les plus ténues, contenaient des fausses membranes épaisses, tubulées, non adhérentes. Ces concrétions pseudo-membraneuses n'avaient pas une égale consistance dans toutes les divisions bronchiques. Ainsi, dans les bronches qui partaient des points suppurés, elles étaient plus molles et entourées d'un liquide puriforme. Au contraire, au niveau de l'hépatisation rouge, elles se montraient sous forme de cylindres et remplissaient exactement la cavité des tuyaux aériens. Le poumon droit était dans sa moitié postérieure hépatisé aux deuxième et troisième degrés. La moitié antérieure était seulement engouée. Les divisions bronchiques ne contenaient aucune exsudation pseudo-membraneuse. La plèvre était saine. Le péricarde renfermait un peu de sérosité claire; on voyait sur la face viscérale des traces de péricardite ancienne. La rate était ramollie; dans plusieurs points on voyait une coloration d'un gris jaunâtre, semblable à la lésion qui précède la formation des abcès métastatiques. Le foie était seulement gorgé de sang. Le tube digestif n'a point été examiné.

Ici, les fausses membranes n'ont joué qu'un rôle secondaire, car la pneumonie avait parcouru toutes ses périodes lorsque le malade a succombé; nous n'avons rapproché ce fait des précédents, que pour montrer la tendance que les pneumonies les plus franchement inflammatoires avaient à se compliquer de bronchite pseudo-membraneuse. Nous avons vu d'une manière non équivoque, que le travail pathologique des bronches donnait naissance, soit à des fausses membranes, soit à du pus, suivant son degré d'intensité. Le pus correspondait ici, comme toujours, au plus haut degré. Nous avons pu suivre le passage de la sécrétion des fausses membranes à une matière purulente. Nous aurons bientôt l'occasion de signaler des faits où les bronches contiendront exclusivement un liquide sanieux ou puriforme. Quoique la

production des fausses membranes se lie à un travail pathologique, qui n'est, en dernière analyse, qu'un degré inférieur à celui qui engendre une matière puriforme, cependant nous sommes loin de connaître la véritable nature de ce travail morbide. Dirons-nous que c'est une phlegmasie? Nul doute que nous n'apperçevions ici les caractères anatomiques des phlegmasies ; mais l'inflammation se présente à nous sous des formes bien différentes. Ainsi, peut-on confondre l'inflammation qui donne du pus pour produit, avec celle qui développe une concrétion pseudo-membraneuse ? Non assurément. Ces deux espèces de phlegmasies ne reconnaissent pas toujours les mêmes causes. Essayez de faire naître une phlegmasie pseudo-membraneuse, et vous n'y parviendrez pas à l'aide d'un agent quelconque d'irritation. Non seulement ces deux espèces de phlegmasies surviennent sous l'influence de causes différentes ; mais elles doivent être combattues par des méthodes différentes de traitement. Comparez l'angine simple, franchement inflammatoire, avec l'angine couenneuse, et vous verrez qu'elles ne cèdent pas aux mêmes agents.

D'un autre côté, recherchez dans quelles conditions organiques les phlegmasies pseudo-membraneuses se développent, et vous ne tarderez pas à vous convaincre qu'en général elles surviennent le plus souvent chez les personnes affaiblies, épuisées par telle ou telle cause.

Ce n'est pas tout : on sait que les phlegmasies pseudo-membraneuses sont plus communes dans les climats froids et humides que partout ailleurs.

M. Bretonneau n'a t-il pas établi que les émissions sanguines ne réussissent pas dans les constitutions médicales qui amènent les angines diphtéritiques ?

Ces faits devaient nous porter à conclure que la présence de cylindres pseudo-membraneux dans les bronches des lobes hépatisés se liait à un travail pathologique spécial, contre lequel les émissions sanguines n'avaient pas de grandes chances de succès. Voilà ce qu'une induction raisonnable

nous permettait d'admettre ; voilà ce qui nous suggéra l'idée d'apporter dans le traitement des maladies régnantes les modifications que nous avons déjà fait connaître. (*Gazette médicale, et Gazette des hôpitaux.*) Nous reviendrons sur cette question dans le cours de ce Mémoire.

Les deux observations suivantes ressemblent à celles que nous avons déjà rapportées. Toutefois l'une d'elles nous offre une particularité relative à l'âge. Jusqu'à présent, nous n'avons point trouvé de fausses membranes dans les bronches des lobes hépatisés, au-dessus de 55 ans. L'observation VIII[e] va nous en montrer un exemple chez une femme de 72 ans. Cette observation, ainsi que la suivante, a été recueillie dans le service de M. Bouillaud, par M. le docteur Montault.

VII[e] Obs. *Grippe compliquée de pneumonie.* — Un homme de 50 ans, atteint de grippe depuis cinq jours avec point de côté à droite, et suivie de pneumonie double, mourut dans le service de M. Bouillaud, le cinquième jour de son entrée à l'hôpital, après avoir eu deux saignées (six palettes) ventouses scarifiées sur la poitrine (trois palettes), vésicatoire sur le côté droit, et une potion de six grains d'émétique pendant deux jours; le malade prit le dernier jour quatre onces de vin de Malaga. Les deux poumons étaient hépatisés, celui du côté gauche au premier et deuxième degrés. Dans plusieurs points du sommet du poumon droit, les bronches étaient très-rouges, dilatées en forme de cul de sac vers leur terminaison; et présentaient là des fausses membranes molles, jaunâtres, non canaliculées, nullement adhérentes aux parois des bronches. Rien de semblable dans les bronches du poumon gauche.

VIII[e] Obs. *Grippe compliquée de pneumonie, fausses membranes dans les bronches des lobes hépatisés.* — Une femme de 72 ans, atteinte de catarrhe pulmonaire chronique, d'emphysème du poumon droit, et depuis dix jours de grippe compliquée de pneumonie gauche, succomba dans le service de M. Bouillaud, après avoir eu une saignée (trois palettes) et deux vésicatoires sur la poitrine; le poumon gauche était hépatisé au deuxième et troisième degré dans ses deux tiers supérieurs; les dernières ramifications bronchiques du sommet du poumon gauche, étaient dilatées, d'un rouge

violacé, et contenaient des fausses membranes offrant les mêmes caractères que celles de l'observation qui précède.

IXe Obs. (recueillie par M. Godin, interne de M. Bricheteau à l'hôpital Necker.) — *Pneumonie à droite suite de grippe. Symptômes asphyxiques. — Saignée, tartre stibié à haute dose. — Mort le huitième jour. — Pneumonie en voie de résolution, fausses membranes dans les dernières ramifications bronchiques.* — Germerain carrier, âgé de 36 ans, n'a jamais eu d'affection de poitrine. Cet homme a été pris le 8 février de frissons et de mal de tête, deux jours après survinrent de la toux et un point de côté. Pendant trois jours il se reposa, ne fit aucun traitement, et entra à l'hôpital le 12.

Le 13 au matin, le pouls est fréquent, assez développé, la peau chaude, la face un peu altérée. On apprend que depuis cinq jours le malade a une ou deux selles liquides, pas de matité, mais râle sous-crépitant dans une grande partie de la région postérieure droite du thorax, douleur au niveau du mamelon du même côté, toux avec expectoration de crachats muqueux, dont plusieurs jaunes ou rouillés. (Saignée de trois palettes; tis. pect.; jul. gom.) Le 14, le sang est couenneux, mais la couenne offre un aspect tout particulier, elle est couverte de granulations grisâtres qui lui donnent l'aspect de certains marbres granitiques; au-dessous, elle est peu consistante, épaisse de deux lignes; le caillot est très-mou et nage dans une sérosité abondante.

Le malade reste aussi affaissé que la veille, la peau sèche, chaude, le pouls petit à 63, les battements du cœur normaux, langue humide, blanchâtre, deux selles en dévoiement, la respiration est à 32, râle sous crépitant en arrière et à droite, pas de matité, en avant râle sonore; à gauche surtout en arrière, respiration un peu faible, râle sibilant, conjonctives un peu jaunes, céphalalgie.

Le 15 à peu près même état au matin; toujours prostration marquée, l'expectoration est peu abondante. (Infus. violet.; pot. gom. 2 gr., kermès, 2 bouillons.)

Le 16, la prostration est plus grande, la respiration très-accélérée, le pouls est plus fréquent, la peau chaude, mêmes signes physiques, *ut supra* vésicatoire volant sur le côté droit. Le soir, on prescrit une potion stibiée, composée de tartre stibié gr. xjj, sirop diacode ℥ ß; eau de tilleul ℥ v. par cuillerées.

Le 17, évacuations nombreuses, selles et vomissements; le pouls est moins fréquent. Cependant le malade n'est pas bien, les crachats sont abondants, plusieurs sont rouillés. (Potion stibiée: tartre stibié xv gr.).

Le 18, le malade a eu des évacuations assez nombreuses; stupeur; il répond lentement aux questions; cyanose de la face, nez effilé, yeux enfoncés, respiration toujours accélérée, le pouls est petit, peu développé. Cependant les signes physiques sont les mêmes; la respiration s'entend même mieux dans le côté droit que ces jours derniers. Mort dans la journée.

Autopsie le 20 au matin. — *Crâne*. Veines fortement injectées, elles se détachent facilement avec la pie-mère des circonvolutions cérébrales qui s'affaissent, mais ne sont nullement ramollies. La substance blanche offre un piqueté comme lilas en plusieurs points.

Thorax. Le cœur n'offre rien à noter; les plèvres sont saines; à peine quelques adhérences filamenteuses à droite; le poumon gauche est sain, quoiqu'un peu engoué à sa partie postérieure.

Le poumon droit offre dans toute son étendue beaucoup de petits foyers de pus épais, blanc jaunâtre, concret, allongés pour la plupart, comme du vermicelle. Ces foyers étaient formés, comme M. Bricheteau s'en est assuré, par des concrétions d'un blanc jaunâtre, polypiformes, qui remplissaient les dernières divisions des bronches. Cette lésion occupait principalement les conduits aériens qui se rendaient aux parties postérieure et inférieure du poumon droit, il y avait en outre une dilatation notable des bronches vers leur terminaison. La membrane muqueuse bronchique présentait une rougeur assez foncée, les grosses bronches renfermaient beaucoup de mucosités spumeuses.

Le poumon droit surnageait dans l'eau, et à part la lésion qui vient d'être décrite, il n'offrait pas beaucoup d'altération, son tissu était peu injecté; rien d'intéressant dans d'autres organes.

Nous avons vu jusqu'ici le tissu du poumon frappé d'hépatisation au 2me ou au 3me degré, en même temps que les bronches étaient obstruées par des concrétions pseudo-membraneuses. Chez le malade dont nous venons de rapporter l'histoire, les rameaux bronchiques etaient remplis des mêmes concrétions polypiformes, mais le parenchyme pulmonaire était à peine engoué. Nul doute, que dans ce cas, la pneumonie ne saurait nous expliquer la gravité des symptômes observés pendant la vie.

Quand le malade fut admis à l'hôpital, la pneumonie était, comme on se le rappelle, à un degré peu avancé, une sai-

gnée de douze onces ne fut suivie d'aucune amélioration ; loin delà, le malade sembla s'affaisser davantage; on employa le tartre stibié à haute dose, un vésicatoire sur le côté droit. Ces moyens n'empêchèrent pas l'état du malade de s'aggraver, la respiration devint de plus en plus difficile, sans qu'on en trouve l'explication dans l'examen du thorax. Enfin la cyanose apparut avec une grande prostration des forces, et le malade mourut comme asphyxié. Que trouva-t-on à l'ouverture du cadavre? le poumon droit à peine engoué, presque à l'état normal, mais l'examen des bronches fit découvrir dans un grand nombre des rameaux aëriens, qui se rendaient vers la partie postérieure et inférieure du poumon droit, des cylindres blanchâtres, pseudo-membraneux; en un mot, la même altération que nous avons vue coïncider avec l'hépatisation du poumon. Toutefois n'oublions pas que dans le cas qui nous occupe, les bronches remplies de fausses membranes correspondaient également au poumon qui avait donné pendant la vie des signes d'inflammation.

C'est pour cette raison que nous avons cru devoir rapprocher ce fait de ceux qui précèdent: qu'importe que la pneumonie se présente à un degré plus ou moins avancé, la coïncidence de la bronchite pseudo-membraneuse ou croupale n'en existe pas moins, et l'obstruction des bronches par les mêmes concrétions doit produire des effets semblables, elle doit amener les mêmes troubles dans l'acte de l'hématose. Aussi, suivant de grandes probabilités, sans la formation de ces fausses membranes dans les bronches, le malade n'aurait point succombé. Ce fait nous montre le rôle important que cette altération devait jouer dans la production des phénomènes morbides. A quelle époque les fausses membranes se sont-elles développées dans les bronches? Nous ne saurions le dire ; rien en effet ne nous permet de résoudre cette intéressante question. D'après les données fournies par l'auscultation, il semble qu'elles ont pris naisance peu de temps avant la mort,

car l'expansion pulmonaire a été entendue jusque dans les derniers jours, au niveau du côté droit.

Obs. Xe. *Pneumonie traitée par une saignée et le tartre stibié à haute dose et par un vésicatoire.* — Une femme âgée de 50 ans, d'une bonne constitution, d'un embonpoint plus qu'ordinaire, fut admise à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Monique, le 6 février 1837. Elle avait la grippe depuis 5 jours, lorsqu'elle fut prise d'une douleur dans le côté droit, avec recrudescence fébrile. La persistance de la toux avec les caractères qu'elle avait depuis l'invasion de la grippe, l'absence de crachats sanglants, laissèrent la malade dans une fâcheuse quiétude. Elle resta deux jours chez elle sans recevoir aucun traitement.

Troisième jour, le 7 au matin. Face abattue, injectée, surtout aux pommettes, céphalée sus-orbitaire, réponses justes à nos questions ; agitation pendant la nuit sans délire ; respiration de 45 à 50, haute, costale, comme dans le catarrhe suffoquant, toux par quintes violentes et répétées, douleur au niveau du sternum, barre épigastrique ; douleur plus prononcée à droite au-dessous du sein. Cette douleur n'était pas assez forte pour gêner les mouvements respiratoires. Crachats peu abondants, blanchâtres, muqueux, mêlés de quelques crachats rouillés ; matité en arrière et en bas de chaque côté ; mais plus étendue à droite qu'à gauche, absence de râle crépitant. Souffle tubaire des plus intenses, bronchophonie. Ailleurs l'expansion pulmonaire était plus bruyante que dans l'état ordinaire, presque puérile, et mêlée de bulles de râle muqueux ; pouls (135) peu développé, facilement dépressible, peau chaude et moite ; ventre indolent, constipation, faiblesse générale des plus prononcées. La malade supporte difficilement l'examen de la poitrine. (Pneumonie double, pronostic grave).

Saignée de 12 onces, tartre stibié gr. viij avec sirop diacode demi-once ; sinapisme, vésicatoire sur le côté droit.

Le sang se couvrit d'une couenne peu épaisse, le caillot séparé du sérum était d'une consistance à peu près normale. La saignée n'a point diminué la dyspnée ; elle n'a fait qu'augmenter la prostration des forces.

La potion stibiée, prise par cuillerée à bouche toutes les heures, n'a produit ni vomissements ni déjections alvines. La tolérance fut complète.

Quatrième jour. Le 8, la malade est plus abattue qu'hier ; du reste, mêmes symptômes (potion stibiée avec 12 grains de tartre stibié dans six onces de véhicule).

Cinquième jour. Le 9, la malade a eu quelques vomissements et plusieurs évacuations alvines ; son état s'est aggravé. Respiration 55, anxieuse, menace de suffocation, matité complète en bas et de chaque côté, souffle tubaire mêlé de râle muqueux à grosses bulles avec craquements ; dans quelques points en bas et surtout à droite, souffle bronchique pur. Les crachats étalés au fond du vase ressemblent à une matière purulente, sous forme de bouillie grisâtre. La face est profondément abattue, violacée, les extrémités bleuâtres, froides ; sueur visqueuse ; le pouls irrégulier, incommensurable. Absence de délire. (Vésicatoire sur le côté droit, sinapismes aux extrémités, même potion stibiée). La dyspnée va croissant, et la mort survient le même jour à huit heures du soir.

A l'ouverture du cadavre, nous avons rencontré les lobes moyen et inférieur du poumon droit et le lobe inférieur du poumon gauche, dans un état complet d'hépatisation rouge ou grise. Le reste des poumons était sain. Les conduits bronchiques renfermaient un liquide purulent, analogue aux crachats rendus pendant la vie. Au milieu de ce liquide, nous aperçûmes quelques flocons d'un blanc jaunâtre, comme formés de pus concret. Ces flocons occupaient exclusivement les bronches des lobes hépatisés. La membrane muqueuse bronchique était fortement injectée, d'un rouge scarlatineux, depuis le larynx jusque dans les dernières divisions des canaux aériens ; mais nous avons remarqué que la rougeur augmentait à mesure qu'on se rapprochait des bronches qui correspondaient aux lobes hépatisés.

Rien de particulier dans d'autres organes.

Ce fait, que nous avons observé au commencement de l'épidémie, nous présente une analogie remarquable avec ceux qui précèdent, sous le rapport des symptômes observés pendant la vie, et sous celui des altérations anatomiques. On se rappelle dans quel état la malade se trouvait au moment où nous l'avons vue, c'est-à-dire, deux jours après le début de la pneumonie. Malgré l'existence d'une double pneumonie, nous n'avons pu répéter deux fois la saignée.

L'état du pouls et des forces nous parut contr'indiquer ce moyen ; l'émétique à haute dose n'eut pas plus de succès que la saignée. Le premier jour la tolérance de l'émétique fut complète, et cependant nous n'avons observé aucun changement

dans la marche des symptômes. Le lendemain nous portâmes l'émétique à 12 grains, il y eut quelques vomissements, et plusieurs selles liquides sans plus d'amélioration.

Cependant deux jours s'étaient seulement écoulés depuis l'invasion de la maladie. Est-ce ainsi que se comportent les pneumonies ordinaires? Non, mille fois non. Elles ne developpent pas à leur début un ensemble de symptômes aussi graves, la prostration des forces ne se manifeste pas avec la même promptitude; il y avait sans aucun doute une influence inconnue, exercée par la cause épidémique sur la nature de la pneumonie, sur ses symptômes et sur sa marche. Les altérations locales ne nous expliquent pas tous les phénomènes de la grippe. On est obligé d'admettre que le système nerveux était lui-même le point de départ de certains accidents. Hé bien! nous voyons le même systéme jouer un grand rôle dans les pneumonies qui succédaient à la grippe, ou qui se développaient sous l'influence de la constitution médicale régnante.

Ces réflexions se déduisent des faits dont nous venons de tracer l'histoire. Tous, à l'exception de l'observation sixième, nous conduisent à soupçonner un autre élément morbide pour concevoir la gravité des symptômes.

Les observations que nous venons de rapporter ne peuvent laisser aucun doute sur la production de cylindres pseudo-membraneux dans les bronches des lobes hépatisés; elles nous montrent d'un autre côté que cette lésion ne se développait point indistinctement à toutes les périodes de la vie; car parmi les dix malades dont nous avons tracé l'histoire, 9 étaient âgés de moins de 60 ans, une seule était âgée de 72 ans, (*obs.* 8me).

Ce résultat est en harmonie avec les observations que M. le docteur Hourmann vient de faire à l'hospice de la Salpétrière: sur plus de 20 cas, M. Hourmann n'a point trouvé de fausses

membranes dans les bronches des lobes hépatisés. (Voyez *Arch. de Méd.*, mars 1837, *pag.* 328.)

M. Dechambre, interne à l'hospice de la Salpêtrière, a fait la même remarque que M. Hourmann. Ainsi l'observation 7e est le seul exemple de pneumonie compliquée de bronchite pseudo-membraneuse chez les vieillards.

A l'exception de l'âge, nous n'avons point vu que d'autres circonstances aient exercé de l'influence sur le développement des fausses membranes dans les bronches.

Sur dix cas de pneumonie avec fausses membranes dans les bronches, quatre se rencontraient chez des sujets affaiblis, épuisés par différentes causes, (*voyez les obs.* 1re, 2me, 4me, et 7me); les six autres avaient lieu chez des individus qui jouissaient d'une bonne santé au moment où la grippe est venue les atteindre. Sept ont contracté la pneumonie avant leur admission à l'hôpital, (*obs.* 2e, 3e, 6e, 7e, 8e, 9e et 10e); chez trois (*obs.* 1re, 4e et 5e), la pneumonie s'est déclarée au sein même de l'hôpital.

Les malades ont été soumis à divers modes de traitement. Les uns ont été traités par la saignée seule ou combinée avec l'émétique à haute dose (*obs.* 1re, 4e, 5e, 6e, 8e, 9e et 10); dans un cas (*obs.* 2e), par les révulsifs et le kermès, dans un autre cas (*obs.* 3e), par les révulsifs cutanés.

Ainsi nous avons vu la pneumonie compliquée de bronchite pseudo-membraneuse, chez des sujets doués d'une bonne ou d'une mauvaise constitution, et soumis à des méthodes différentes de traitement. La seule circonstance que nous retrouvions dans tous les cas, c'est la grippe qui précédait le développement de la pneumonie.

Si nous cherchons à saisir les symptômes qui venaient nous indiquer la présence des fausses membranes dans les bronches, nous ne trouvons aucun signe certain qui nous permette d'établir le diagnostic de cette lésion pendant la vie. En effet, la marche insidieuse de la pneumonie, la forme adynamique ou maligne n'appartiennent pas exclusivement à l'altération spé-

ciale des bronches dont nous nous occupons en ce moment, puisque nous retrouverons plus loin les mêmes phénomènes sans cette altération. (Voyez *obs.* 12e, 13e et 14e).

Toutefois nous devons rappeler ici que, dans la plupart des observations qui précèdent, les crachats étaient blancs, muqueux, à peine rouillés, en un mot peu significatifs. Dans deux cas seulement (*obs.* 6e et 10e), les crachâts étaient d'un gris jaunâtre ou verdâtre, puriformes, et étalés au fond du vase.

L'examen des lésions cadavériques nous a permis de comprendre la raison de ces différences. En effet, dans les deux derniers cas, les bronches étaient en partie obstruées par des fausses membranes et par une matière opaque, d'un gris jaunâtre sale, puriforme, tandis que dans les huit autres cas, les bronches étaient remplies soit de fausses membranes, soit de mucosités spumeuses; ainsi le plus souvent, quand les bronches contenaient des cylindres pseudo-membraneux, les crachats étaient muqueux, non puriformes; lorsque ces crachats revêtaient ce dernier caractère, on pouvait être assuré que les bronches renfermaient peu de fausses membranes.

L'auscultation nous a fourni des signes particuliers, quoiqu'insuffisants pour établir le diagnostic. En général l'oreille appliquée sur la poitrine distinguait un souffle bronchique pur, sans mélange de râle sous-crépitant ou muqueux jusqu'aux derniers instants de la vie. Dans les deux cas (*obs.* 6e et 10e), où les crachats étaient purulents, on a distingué du râle muqueux à grosses et à petites bulles, avec craquements comme dans le 3e degré de la pneumonie. Nous n'avions aucun signe certain pour prononcer que les bronches des lobes hépatisés étaient remplies de fausses membranes.

Mais quand aux signes fournis par l'auscultation et précédemment indiqués, se joignaient les symptômes des affections typhoïdes; quand dès le principe, les forces étaient abattues, prostrées; quand, la respiration était difficile, haletante, et que cette dyspnée n'était en raison, ni de l'étendue qu'occupait la

pneumonie, ni de la douleur du côté, nous devions craindre le développement de fausses membranes dans les bronches. Nous ne pouvions pas aller plus loin pendant la vie ; En effet, nous n'avons jamais constaté de cylindres polypiformes dans les produits de l'expectoration, seul signe vraiment pathognomonique de la bronchite pseudo-membraneuse.

Quoi qu'il en soit, la présence de cylindres pseudo-membraneux dans les divisions bronchiques devait troubler mécaniquement l'acte de la respiration. Delà sans contredit, l'une des causes pour lesquelles les malades éprouvaient avec plus ou moins de promptitude des symptômes asphyxiques. Ce résultat est si palpable que nous ne croyons pas nécessaire de nous y arrêter plus long-temps. Mais concevons-nous la production de tous les symptômes observés pendant la vie, en tenant compte, et de l'altération du parenchyme pulmonaire, et de l'obstruction des bronches appartenant aux lobes hépatisés ? Nous avons déjà plusieurs fois abordé cette intéressante question, nous ne croyons pas devoir la discuter de nouveau.

Toutefois, et il est utile de le rappeler, que nous sommes forcés de convenir qu'en dehors de la pneumonie et de la bronchite pseudo-membraneuse, il y avait encore un autre élément morbide, qui venait imprimer à la maladie un cachet spécial, et qui n'était probablement pas sans influence sur le développement de la prostration générale des forces. Nous avons également reconnu que le sang avait subi une altération manifeste, et que cette altération pouvait apporter certaine modification dans les désordres fonctionnels ; nous avons enfin admis que le système nerveux était plus ou moins directement influencé. Malgré le rôle important que nous accordons aux altérations locales, nous pensons que l'on ne doit négliger aucun de ces éléments morbides, soit pour expliquer les symptômes de la maladie, soit pour en comprendre la marche, soit pour en soupçonner la nature, soit pour lui appliquer une méthode de traitement convenable.

Je ne reviendrai pas non plus sur la marche rapide avec laquelle la pneumonie, suite de grippe et compliquée de bronchite pseudo-membraneuse, se terminait par la mort. (*Voy.* les observ. Ire, IIe, IIIe, IVe V^e^, VIe VIIIe, et X^e^). Dans tous ces cas, la durée de la maladie n'a été que de trois à cinq jours. La vie s'est prolongée davantage dans deux cas (Obs. VIIe et X^e^). On conçoit toute la gravité de cette espèce de pneumonie, car l'obstruction des bronches toute seule était capable d'amener la mort par asphyxie. Je rappellerai, à cette occasion, le malade qui fait le sujet de l'observation IXe. Il est probable qu'il aurait survécu sans l'obstruction des dernières divisions bronchiques par des cylindres pseudo-membraneux. Nous ne saurions dire si les malades pouvaient guérir, une fois que cette lésion était développée; j'avouerai même que je doute fortement qu'aucun malade ait guéri dans de pareilles conditions.

Est-ce à dire pour cela qu'on dût ne tenter aucun moyen capable d'amener la guérison? Telle n'est point ma pensée. Tant que la vie n'est point éteinte, le médecin doit épuiser toutes les ressources de son art.

Après avoir tracé l'histoire de la pneumonie compliquée de bronchite pseudo-membraneuse, basée sur le petit nombre de faits que j'ai pu recueillir pendant l'épidémie, je crois utile de rapprocher ces faits de l'histoire d'un jeune homme qui fut emporté, au mois de janvier dernier, par un croup bronchique, maladie assez rare pour qu'il me semble utile d'en indiquer les symptômes avec quelques détails.

Obs. XI. *Croup bronchique.* — Un élève en droit âgé de 21 ans, jouissait habituellement d'une mauvaise santé, lorsqu'il fut pris d'une amygdalite double des plus intenses. Je vis le malade le 15 janvier, deux jours après l'invasion des accidents (une application de sangsues avait eu lieu la veille), les amygdales étaient d'un rouge vif, elles se touchaient et repoussaient en avant la luette. La déglutition était très-douloureuse, la voix enrouée; la respiration n'était pas plus difficile qu'elle ne l'est dans les cas d'amygda-

liste intense ; la langue était couverte d'un enduit blanchâtre, la bouche pâteuse mais non amère, le ventre était indolent, les déjections alvines rares, la poitrine rendait un son clair, le murmure respiratoire normal ; à côté de cette phlegmasie qui n'occupait que les amygdales et la membrane muqueuse du pharynx, nous avons observé des symptômes généraux très-graves. Le pouls était fréquent, 130 à 135 par minute ; il était élevé, plein, vibrant, sans dureté ; la peau chaude, moite ; ajoutez à cela une grande anxiété pendant la nuit, et un affaiblissement des forces qui n'était point en raison des altérations locales.

Le gonflement des amygdales étant très-considérable, la réaction fébrile très-intense, je pratiquai une saignée de douze onces.

Le soir soulagement léger, moins de douleur en avalant, mais la fièvre était la même; révulsifs sur les extrémités, lavements émollients; le 16, troisième jour, rien de nouveau ; un laxatif est donné pour provoquer une révulsion sur les intestins. Deux onces d'huile de ricine n'ont produit aucun effet. Le soir récrudescence du mouvement fébrile; les amygdales sont toujours très-gonflées, rouges, sans taches blanchâtres, pseudo-membraneuses; la déglutition est plus gênée que la veille ; le pouls se maintient à 135 ou 140, nouvelle application de sangsues au cou. 4° Le 17, à peu près même état que la veille, on insiste sur les émolliens à l'intérieur, et sur les révulsifs cutanés.

Le soir, rien de nouveau. Le 18, agitation pendant la nuit, délire presque continuel, face rouge, injectée, les yeux injectés, brillants, la déglutition très-pénible, la respiration fréquente et difficile, le malade semble menacé de suffocation, point de taches blanches sur l'isthme du gosier, peau chaude, pouls fréquent, (140) redoublé ; rien du côté de l'abdomen.

Nouvelle saignée de 16 onces. L'écoulement du sang n'apporta qu'une très-faible diminution des accidents. Le délire seul cessa ; mais le pouls conserva sa fréquence, la respiration resta difficile, laborieuse. Un vésicatoire fut appliqué à la nuque. Le soir, l'agitation augmente ; l'anxiété est très-prononcée.

Sixieme jour, 19. Les symptômes ont continué de s'aggraver ; le délire est plus marqué qu'hier; le pouls est à 145, peu développé, dépressible, la peau couverte de sueur ; la respiration est très-laborieuse ; la suffocation paraît imminente. Il nous fut aisé de reconnaître que la gêne de la respiration était placée au-dessous du larynx ; car malgré les plus grands efforts d'inspiration, le diaphragme, au lieu de s'abaisser, remontait vers la partie supé-

rieure du thorax ; le murmure respiratoire était très obscur, insensible même dans beaucoup de points, quoique le thorax rendît un son clair. En un mot, nous observons tous les phénomenes qui se rattachent à l'obstruction des bronches produite, non par des mucosités, mais par des fausses membranes ou tout autre corps solide. Des mucosités accumulées dans les bronches donnent lieu au râle muqueux, tandis qu'ici nous n'avions que de l'obscurité dans l'expansion pulmonaire normale. Dès ce moment nous soupçonnâmes l'existence de fausses membranes dans les voies aériennes.

On appliqua deux vésicatoires aux cuisses, et on prescrivit un lavement de quinquina camphré. Je revis le malade vers le soir : je le trouvai dans un état de suffocation de plus en plus grave. L'indication la plus urgente était de provoquer l'expulsion des matières qui obstruaient les voies aériennes. Je fis donner de suite deux grains de tartre stibié dans deux cuillerées d'eau.

Le malade vomit quelques instants après, il rejeta des débris de fausses membranes, et il parut moins oppressé. Mais à minuit, la respiration s'embarrassa davantage : le malade perdit connaissance, et au bout d'une heure il avait cessé de vivre.

A l'ouverture du cadavre, nous n'avons point trouvé de fausses membranes, ni sur les amygdales, ni sur le voile du palais, ni dans le larynx, ni dans la trachée-artère. Ces conduits renfermaient seulement des mucosités spumeuses. Mais à partir de leurs premières divisions jusqu'à leurs derniers ramuscules, les bronches contenaient des cylindres blanchâtres, pseudo-membraneux, libres et flottants, et en tout semblables à ceux que nous avons rencontrés dans les bronches des lobes hépatisés à la suite des pneumonies régnantes. Les poumons étaient emphysémateux, mais non hépatisés.

Voilà un exemple de croup qui a marché en sens inverse du croup ordinaire, c'est-à-dire, des rameaux vers les troncs, au lieu de se propager des troncs aux rameaux. C'est l'une des espèces du croup la plus rare et la plus dangereuse. M. Louis en a parlé dans son *Mémoire sur le croup des adultes.*

M. le docteur Cazeaux a communiqué à la Société Anatomique, l'histoire fort curieuse d'un malade qui vers le 15 janvier dernier, rejeta des produits blanchâtres pseudo-membraneux, ramifiés à l'instar des petites divisions bronchiques.

Après l'expulsion de ces fausses membranes la guérison a été obtenue. D'autres cas analogues ont été vus à la même époque. M. Magendie a mentionné ce fait dès le commencement de l'épidémie. J'ai vu dernièrement une dame qui, vers le 8 janvier, fut prise d'une angine intense, et qui à la suite d'un vomitif rendit des lambeaux de fausses membranes ; elle est aujourd'hui parfaitement guérie..

Plusieurs autres faits analogues m'ont été communiqués depuis l'épidémie. M. le docteur Montault vient de faire part à la Société de médecine de Paris, d'un cas remarquable de croup survenu chez un adulte, à la suite d'une pneumonie. Le traitement antiphlogistique avait été employé dans ce cas avec une grande énergie. Six où sept saignées furent pratiquées coup sur coup ; le malade était presque guéri de la pneumonie, lorsqu'il fut pris d'une angine pseudo-membraneuse qui envahit bientôt les voies aériennes, et amena promptement la mort. A l'ouverture du cadavre on rencontra des fausses membranes sur le larynx, la trachée-artère et les bronches.

Ce fait nous paraît se lier à la même influence que les cas précédents ; il nous prouve d'un autre côté, que les émissions sanguines sont impuissantes pour prévenir ou arrêter les phlegmasies pseudo-membraneuses ou couenneuses, et que la tendance à la formation des fausses membranes ne se lie pas au plus haut degré de plasticité du sang.

Il serait intéressant de savoir si les mêmes altérations des bronches se sont développées dans les diverses localités que la grippe a déjà parcourues.

Je ne sache pas que les médecins anglais aient signalé la présence de ces concrétions blanchâtres, cylindriques, pseudo-membraneuses dans les bronches de lobes hépatisés.

Deux articles ont été insérés dans la *Gazette médicale*, sur l'épidémie de Londres ; je les ai consultés avec attention, et je n'y ai point trouvé l'énoncé de ce genre de lésion. L'auteur

de l'article inséré dans le n° 4, de la *Gazette médicale*, s'exprime ainsi :

« La maladie (*la grippe*), débute par un mal de gorge accompagné de fièvre ; l'affection envahit successivement la trachée-artère et les bronches ; le malade éprouve des accès de toux et de suffocation, la fièvre augmente et devient très-forte ; l'expectoration est difficile et visqueuse. Bientôt ces symptômes s'aggravent, il s'y joint une constriction spasmodique des parois thoraciques ; et le malade succombe en très-peu de jours ou entre en convalescence. Les rechutes paraissent fréquentes ». Il ajoute ensuite : « A l'ouverture du cadavre, on trouve la muqueuse bronchique légérement phlogosée et boursoufflée jusqu'aux dernières ramifications bronchiques ; elle est enduite d'une couche épaisse de mucosité, comme d'une fausse membrane. Les plèvres sont saines ; les poumons sont sains aussi, mais quelquefois légèrement engoués. »

Il résulte delà, que chez les individus qui mouraient à la suite de la grippe, on rencontrait la membrane muqueuse bronchique rougeâtre, boursoufflée et enduite de mucosités épaisses formant une couche analogue à une fausse membrane. Mais cette altération était générale, elle occupait toutes les divisions bronchiques ; elle n'était pas, ainsi que je l'ai dit, limitée dans les bronches des lobes du poumon frappés d'hépatisation.

On trouve dans le tome 2 des *Mémoires de la Société Médicale d'émulation de Gênes*, (1803), un mémoire du docteur B. Mojon, sur l'épidémie de grippe qui a régné à Paris en 1803. Voici comment cet observateur habile s'exprime en parlant des altérations anatomiques de la membrane muqueuse des voies aëriennes.

« La membrane muqueuse des fosses nasales, du voile du palais, du pharynx et du larynx était plus ou moins injectée, gorgée de sang. La membrane muquense de la trachée et des bronches conservait sa couleur naturelle ; elle était en-

duite (*intonacata*) d'une matière muqueuse blanc-jaunâtre. Quelquefois, en place d'une humeur consistante et visqueuse, j'ai trouvé une couche membraniforme ou polypeuse, avec mucosité spumeuse et limpide, surtout dans quelques points enflammés sur la face postérieure de la trachée, et dans les intervalles des cerceaux cartilagineux; je n'ai jamais rencontré d'ulcération.

« La matière muqueuse qui s'observait dans les bronches et dans la trachée, présentait toutes les propriétés de l'albumen un peu coagulé.

« La matière muqueuse d'un blanc jaunâtre, la couche membraniforme ou polypeuse, et les mucosités écumeuses et limpides, que j'ai trouvées dans les voies aëriennes des sujets morts de cette épidémie, ne différaient que par la couleur et la consistance du mucus visqueux et dense qui lubréfie cee parties à l'état sain, et qu'on trouve également à la face interne de l'estomac, de la vessie, etc., car, ayant analysé le mucus de ces derniers organes, j'ai obtenu absolument les mêmes résultats ».

Ainsi M. Mojon n'a point constaté la présence des cylindres pseudo-membraneux dans les bronches des lobes hépatisés; mais il a rencontré dans la trachée et les bronches des mucosités épaisses, d'un blanc jaunâtre, qui avaient une certaine analogie avec les fausses membranes du croup. L'altération dont parle M. Mojon se rapproche de celle que les médecins anglais ont décrite chez les individus qui succombaient à la suite de la grippe, avec forme de catarrhe suffoquant; elle nous prouve que l'épidémie de 1803 avait la même tendance que celle de 1837, à développer des fausses membranes dans les conduits aériens; elle établit entre les deux épidémies un nouveau point de contact.

J'ai consulté les auteurs anciens qui nous ont laissé la description des épidémies catarrhales qui ont régné depuis 1510 jusqu'à ce jour; et je n'ai point remarqué qu'ils aient aperçu et décrit l'altération des bronches sur laquelle je viens de fixer

l'attention des pathologistes. Ainsi jusqu'ici la pneumonie compliquée de bronchite pseudo-membraneuse n'a été signalée dans aucune des épidémies de grippe. Cependant ce n'est pas la première fois qu'on observe cette espèce de pneumonie. Morgagni (lettre XXI[e]), rapporte plusieurs observations de pneumonie qui paraissent avoir été compliquées de la production de fausses membranes dans les bronches des lobes hépatisés, sans qu'il soit possible de l'affirmer d'après la manière dont s'exprime cet observateur. Je crois devoir citer les passages qui ont trait à la lésion dont nous parlons.

Morgagni, *De sed. et caus. morb.*, (épist. XXI, art. 19) raconte l'histoire d'un homme âgé de 78 ans, qui rendit, pendant le cours d'une pneumonie, des crachats épais, mêlés de particules blanches comme polypeuses. A l'ouverture du cadavre on trouva le lobe inférieur du poumon gauche, gorgé de sang, hépatisé. Morgagni ne dit rien des bronches; mais dans les réflexions qui suivent cette observation, il soupçonne que les concrétions blanchâtres mêlées aux crachats se sont formées dans la trachée artère. « *Ut enim aliquando in utero et intestinis ex viscidis corpusculis in unum compactis fiunt polyposæ concretiones; cur non etiam in aspera arteria? Quin ut illas vidimus uteri et intestinorum formam referentes, ita has pariter conspeximus in adolescente qui anno* 1704 *in Bononiensi nosocomio Sanctæ Mariæ, de vita ex peripneumoniâ decumbebat, quâ etiam paucis diebus extinctum, sed non dissectum, quæcumque fuerit causa, fuisse, memini. Cum enim sputa eaque plurima expectoraret qualia nec ii qui diù ægris inservierant, nec medicus ipse exercitatissimus alias vidisse recordarentur, ex albis frustulis, sanguine et spuma aspersis, constantia; alicui nostrum visum est, ut sputa illa examinis gratia in aquam conjestæ agitarentur, quod dùm fieret, frustulum vidimus sese dividere in ramos tres, hos autem singulos in ramusculos plures, qui demùm in capilli tenuitatem desinebant* ».

Morgagni signale ensuite les observations du même genre

qui ont été faites par Cheselden, Ruysch, Bussierius, Nicolsius, Tulpius, Sénac, Mackius. Plus loin il rapporte l'histoire d'une épidémie de pneumonie qui, pendant l'hiver de 1738, sévit avec une grande violence dans plusieurs monastères, mais surtout dans un couvent dont la plupart des religieuses ressentirent les effets de l'épidémie. Quelques-unes d'entr'elles mouraient le quatrième jour. Voici l'une des observations qui m'ont paru offrir le plus d'intérêt : je crois devoir la citer.

Obs. — Une jeune fille de vingt-un ans, pléthorique, fut prise d'une douleur de côté et de difficulté de respirer. La douleur était placée au-dessous du sein gauche. Une saignée lui fut pratiquée chez elle, puis on la transporta à l'hôpital. Décubitus sur le dos; Pouls fréquent, petit et sans résistance, mais égal; bruit de l'eau bouillante dans la trachée (*sonus quasi bullientis humoris in asperâ arteriâ*); toux profonde, sans expectoration; langue sèche, ventre relâché, mais dans une juste mesure. Délire de temps en temps (saignée du bras) : le sang se couvrit d'une couenne épaisse de deux travers de doigt. De plus en plus mal; mort le septième jour. A l'ouverture du cadavre, le lobe supérieur du poumon gauche était dur, hépatisé, d'une couleur gris-blanchâtre. Les autres lobes étaient gorgés d'un liquide spumeux, et avaient conservé leur couleur normale. Il s'écoula de plusieurs rameaux bronchiques une matière blanche, semblable à du pus; mais l'un de ces conduits (*nisi fortè fuit sanguiferum vasculum*) fournit en le comprimant, une matière blanche, solide, semblable à une concrétion polypeuse. La trachée-artère et ses premières divisions renfermaient une couche de substance concrète, d'un gris blanc, analogue à celle dont la langue était enduite : en outre on faisait sortir par les orifices des glandules de la trachée, une matière blanchâtre, semi-liquide.

Dans ce cas, la pneumonie était compliquée d'une bronchite pseudo-membraneuse, mais on ne sait pas si cette lésion occupait les bronches des lobes hépatisés; car Morgagni n'ose point affirmer que le vaisseau dans lequel il a trouvé une matière blanche, solide, polypeuse, appartienne aux conduits aériens.

Reil parle d'une exsudation de lymphe plastique dans les rameaux bronchiques à la suite d'une pneumonie. Baillie et Voigtel s'expliquent d'une manière vague sur ce point, en disant que le poumon se farcit d'une lymphe coagulable, sans indiquer le tissu qui en est le siége. On ne trouve rien à cet égard dans Laennec.

M. le docteur Reynaud, (*Dict. de médecine* en 25 vol., tome VI, page 28), dit quelques mots de la bronchite pseudo-membraneuse occupant les petits canaux aériens, et constituant une forme spéciale de pneumonie. M. Andral ne fait aucune mention de cette lésion. Je ne sache pas que d'autres pathologistes aient signalé à Paris cette altération. Lobstein l'a observée d'une manière positive à Strasbourg, et il a publié dans les *Archives Médicales* de cette ville, un Mémoire fort intéressant sur ce sujet. Je ne puis mieux faire que de citer textuellement les expressions de l'auteur.

Aprés avoir exposé les caractères anatomiques du 1er et 2e degrés de la pneumonie, Lobstein ajoute :

« J'arrive à l état du poumon qui appartient au 3e degré de cette maladie et que je regarde comme le plus fâcheux, non parce que l'organe est farci d'une matière purulente, comme le pensent Laennec et M. Andral, mais parce qu'il offre une disposition qui ne parait pas avoir été remarquée par ces deux anatomistes, savoir :

1° Une tuméfaction avec ramollissement rouge des filets nerveux qui accompagnent les rameaux bronchiques, en d'autres termes une névro-malacie; 2° une obturation des rameaux bronchiques qui s'étendent jusqu'à leur terminaison dans les vésicules aériennes elles-mêmes. Si on dirige les recherches anatomiques de la racine vers la circonférence du poumon, on trouve ces canaux bouchés par une substance couenneuse, solide dans les gros rameaux, et quelquefois creuse dans les petits, dont on peut l'extraire sous forme de tubes. La muqueuse bronchique est manifestement enflammée. Quant aux vésicules bronchiques, un examen attentif montre

qu'elles sont obstruées d'une lymphe coagulable et plastique, et qu'elles se présentent, soit à l'œil nu, soit à la loupe, sous forme d'innombrables granulations ».

« On conçoit aisément que dans cet état des bronches, dit Lobstein, la respiration et la circulation doivent être considérablement compromises ou même anéanties, et que la mort puisse en être la suite nécessaire. Cependant, on se tromperait si l'on voulait expliquer cette dernière d'une manière mécanique ; combien de fois en effet l'ouverture des cadavres ne nous montre-t-elle pas l'inflammation bornée au tiers inférieur de l'un des deux poumons ? Or n'est-il pas vraisemblable que tant de parties restées saines et intactes auraient pu aisément suppléer la partie malade. »

Lobstein attribue une grande partie des phénomènes morbides à l'innervation vicieuse et pervertie ; « C'est d'elle seule dit-il, que dépendent les symptômes orageux et l'issue fâcheuse dans tous les cas où le poumon n'offre qu'une altération partielle ».

Ce qui précède démontre que Lobstein a été frappé du défaut de relation des phénomènes qui accompagnent cette espèce de pneumonie avec les altérations locales. Les observations que j'ai faites de mon côté, à l'époque où je ne connaissais pas le travail de Lobstein, m'ont conduit aux mêmes conséquences.

D'après des renseignements que je dois à M. Hirtz, ex-aide de clinique de la faculté de Strasbourg, Lobstein paraît avoir trouvé des fausses membranes dans les petites bronches des lobes hépatisés, environ une fois sur trois. Ce résultat s'accorde à peu-près avec celui que j'ai moi-même obtenu pendant l'épidémie. En effet dix malades atteints de pneumonie ont succombé dans le service confié à mes soins, pendant le mois de février. Deux d'entr'elles n'ont pas été ouvertes ; quatre (*obs.* 1e, 2e, 3e et 10e) nous ont présenté des fausses membranes dans les bronches.

Chez les autres nous n'avons rien aperçu de semblable, ce

qui nous donne un cas de pneumonie compliquée de bronchite pseudo-membraneuse, sur 2, 5.

Il est probable que cette espèce de pneumonie se rencontre ici dans les temps ordinaires, avec moins de fréquence, car il est difficile de supposer qu'elle eût échappé jusqu'ici aux recherches des pathologistes. Aussi nous ne croyons pas aller trop loin, en la regardant comme produite en partie du moins par l'influence de l'épidémie. Dès lors, suivant toutes les probabilités, nous verrons diminuer le nombre des pneumonies adynamiques, ainsi que les produits pseudo-membraneux dans les bronches des lobes hépatisés. Nous saurons d'ailleurs bientôt à quoi nous en tenir sur ce sujet.

Dans un autre article, je m'occuperai de la pneumonie sous forme adynamique, sans fausses membranes dans les bronches.

Académie royale de médecine.

Séance du 6 juin. Statistique médicale, (suite et fin de la discussion sur la). — M. Martin Solon prend la parole. Comme M. Gueneau de Mussy, il déclare n'être le partisan d'aucune opinion exclusive, soit pour, soit contre la statistique médicale. Il sait tous les services que les numéristes ont rendus et rendent chaque jour à la science, mais il veut qu'ils se renferment dans de justes bornes. La valeur des observations, ainsi que l'entendent les numérises, n'est-elle définitive qu'autant qu'elle s'appuie sur le nombre ? Est-il commun de trouver des cas assez simples et assez analogues pour se prêter à la fusion d'une addition ? Il faut avouer, dit M. Martin Solon, que les numéristes sont souvent faciles à satisfaire sous ce rapport : C'est ainsi que M. Bouillaud croit égaliser toutes choses en distinguant dans la fièvre typhoïde des cas légers, forts et graves. M. Rayer, il est vrai, est plus difficile, il veut des unités simples, indécomposables, saisies au milieu des troubles souvent très-compliqués des maladies. mais où sont ces unités ? Tous les observateurs s'accordent-ils sur elles ? Là où M. Louis regarde la saignée comme presque inutile (dans la pneumonie), M. Bouillaud ne la

considère-t-il pas comme toute-puissante? M. Martin Solon cite encore, comme propre à démontrer la faillibilité de la méthode numérique, même dans les lois qu'elle a posées comme les plus constantes, des observations toutes récentes qu'il a recueillies, et qui prouvent que des tubercules peuvent exister dans des organes autres que les poumons, ceux-ci restant sains, sur des sujets âgés de plus de 15 ans, fait complètement en opposition avec une des lois que M. Louis a le plus élaborées et à laquelle il ne reconnaît aucune exception. En résumé, M. Martin Solon ne peut accorder aux numéristes que le nombre soit l'unique mesure de la valeur des faits, et sans repousser l'aide de la numération, il n'en reste pas moins fidèle à cet apophthegme : *Non numerandæ sed perpendendæ observationens.*

M. Lepelletier (de la Sarthe) succède à M. Martin Solon. Il se déclare partisan de la statistique médicale, qui n'est qu'un procédé de la méthode expérimentale, et non une méthode distincte, comme on s'obstine à la présenter, pour avoir l'avantage de combattre un fantôme. — Les adversaires de la statistique en font malgré eux, puisqu'ils se disent partisans de l'induction. Comment induire sans un point fixe de départ? Ne serait-ce pas conclure sans prémisses? M. Lepelletier ne se dissimule pas qu'on a fait abus de la méthode numérique; mais bien dirigée, la statistique emploiera les trésors du passé et les acquisitions du présent au profit de l'avenir.

M. Risueno obtient la parole, pour répliquer aux objections que son discours a soulevées.

Il revient tout d'abord sur cette idée fondamentale, que la statistique s'attachant spécialement au nombre, il faut établir avant tout ce que vaut un chiffre en tant que chiffre. Le nombre est peu important pour les naturalistes quand ils classent les espèces des êtres qu'ils étudient. Il est des genres et même des espèces qui ne contiennent que deux ou trois individus. Qu'a-t-il fallu à Cuvier pour établir ses belles théories sur les animaux anté-diluviens? Deux ou trois faits et son génie. Les nosologues, comme les naturalistes, ont besoin de s'assurer, non du nombre, mais de la nature des objets de leurs études. — On a dit qu'il y avait toujours un nombre caché dans nos raisonnements thérapeutiques; ce nombre est là comme dans la vision il y a une optique, dans l'ouïe une acoustique, une dynamique dans la danse, etc. Nous comptons toutes les fois que les objets sont nombreux, au même titre que nous faisons de la grammaire en parlant, de la psychologie en pensant, de la physiologie en digérant, etc. A la vue d'un groupe d'objets,

il est indubitable que nous sommes tentés d'en connaître le nombre, comme nous sommes désireux de savoir le nom d'un objet inconnu ; mais que nous apprennent le nombre et le nom sur la nature des objets? — Il est faux que dans une consultation on s'appuie sur le nombre des succès d'un médicament pour le proposer. C'est sur l'indication qu'on insiste. La preuve, c'est que si le médicament ne réussit pas, on ne dit point : nous avons mal compté, mais nous avons mal vu. —M. Risueno attaque aussi la solidité des lois de la statistique médicale, et fournit pour argument la loi pathologique que M. Louis a tirée de 2,000 observations qui ont montré la coïncidence des tubercules avec l'hémoptysie. Messieurs, dit M. Risueno, vos commissaires eux-mêmes, et M. Chomel le premier, ont déclaré : *Que cette terrible conséquence est heureusement infirmée par beaucoup d'autres faits.*

M. Risueno n'a jamais contesté aux mathématiciens la rigueur de leurs résultats. C'est même précisément pour séparer la probabilité mathématique de la probabilité médicale qu'il a pris la parole. Mais si les mathématiciens obtiennent en théorie des résultats indubitables, ces résultats n'en sont pas moins des abstractions logiques sans valeur réelle. M. Risueno prétend n'avoir jamais dit que la médecine fût une loterie ; ce qu'il a dit, c'est que, fondée sur les abstractions dont il s'agit, elle le deviendrait. Or il est patent dans les livres et dires des numéristes, que c'est bien cette théorie et non une autre qu'ils adoptent, et qu'ils ont prise des mathématiciens de profession et surtout de Laplace, dont l'*Essai* est devenu leur catéchisme. Si M. Risueno a dit encore que la probabilité mathématique elle-même offre des doutes sérieux aux yeux de la saine logique, c'est après Leibnitz, Pascal, d'Alembert, et de nos jours, Destutt-Tracy, Thurot, et enfin MM. Poirson et Poisson. — M. Risueno arrive à l'objection présentée par M. Rochoux, qui ne peut comprendre que si l'on admet comme vrais tous les relevés statistiques, on ne se range pas du côté de celui de ces relevés qui présente le chiffre le plus élevé. Si M. Rochoux a raison, dit M. Risueno, il faut que M. Bouillaud cède la place à M. Husson, qui, sur huit malades, en a guéri huit ; et à Clarke, qui n'en perdit que un sur trente-trois, et cela avec l'émétique et le quinquina; à M. Andral enfin, qui par chiffre a établi la probabilité de l'expectation. Et, en effet, pour que toutes ces expériences eussent quelque valeur, il faudrait que préalablement les ressources de la nature seule fussent bien connues. — Que conclure de tout ceci, dit en terminant M. Risueno, que la médecine est la plus bornée de toutes les sciences ; que la vérité nous échappe

au moment de la saisir? Non, Messieurs, nos conclusions sont plus encourageantes, parce qu'elles sont plus justes; plus consolantes, parce qu'elles sont plus réelles. Elles doivent être : Que l'art n'exerce son influence que sur l'individu, et non sur l'espèce, dont la nature se charge seule; qu'il ne faut jamais juger l'art par ses efforts en grand; car c'est le saper dans ses bases fondamentales. Quand on a voulu juger ainsi la vaccine, on n'a pas vu qu'elle diminuât en rien la mortalité de l'espèce; et cependant combien d'individus ne protége-t-elle pas? La nature, on ne peut trop le répéter, conserve l'espèce, l'art s'occupe des individus et prolonge leur vie autant que possible. Voilà des rôles bien séparés. Cette distinction peut seule empêcher nos vérités médicales de redevenir autant de paradoxes ou de problèmes.

Après ce discours dont nous n'avons donné que l'extrait le plus avantageux, et qui a été plusieurs fois interrompu par les dénégations de MM. Chomel et Louis, qui accusaient M. Risueno d'altérer leurs pensées ou leurs paroles chaque fois qu'il les citait, M. Chomel se lève et déclare en son nom et celui de M. Louis, qu'ils ne répondront rien à M. Risueno.

M. Bouillaud déclare, de son côté, qu'il n'accepte point la position que M. Risueno lui a faite. Il n'envisage point la statistique autrement que M. Louis, il la croit la seule base sur laquelle on puisse ériger des lois pathologiques; mais il n'en demeure pas moins fidèle à l'induction, l'analogie et autres moyens de généraliser les conclusions fournies par les faits. M. Louis, dit M. Bouillaud, a rendu un service immense en répandant le goût de la statistique; c'est une justice que je me plais à lui rendre et que je lui ai toujours rendue. Mais M. Louis a fait de fausses applications de la méthode, notamment à l'égard de la saignée dans les inflammations aiguës; ce n'est point la faute de la méthode. — M. Louis demande la parole pour répondre à cette dernière partie de l'allocution de M. Bouillaud; mais l'Académie, impatiente de voir terminer la discussion, demande la clôture, qui est mise aux voix et adoptée à une grande majorité.

* Séance du 13. Rapport de M. Emery sur la vaccine, au n. prochain.

Séance du 20 juin. — Asphyxiés du Champ de Mars. — M. Ollivier (d'Angers), fait part à l'Académie des observations qu'il a recueillies dans l'examen juridique des cadavres des individus morts victimes des événements du Champ-de-Mars, le 14 juin. M. Ollivier fait ressortir l'analogie de cet événement avec ceux plus funestes encore qui attristèrent aussi les fêtes du mariage de Louis XVI. Les récits de l'époque mentionnent bien les nombreux morts qui

furent relevés après l'écoulement de la foule qui encombrait les alentours des Tuileries; mais nul détail exact n'est fourni sur la nature précise des lésions trouvées sur les cadavres, de sorte que la véritable cause de la mort n'a pu être positivement déterminée. Les recherches auxquelles vient de se livrer M. Ollivier avec les autres experts, sur les corps des victimes du Champ-de-Mars, ne laissent plus de doute sur une question demeurée indécise jusqu'à ce moment. — 23 individus et non 24 ont succombé, 11 hommes et 12 femmes. La plus jeune des victimes avait huit ans, la plus âgée 75. Cinq femmes présentaient une obésité remarquable. Tous ont succombé debout, c'est du moins ce que permet de préjuger les ecchymoses et contusions des membres inférieurs, provenant des coups de pied reçus en tous sens. Chez tous, sans exception, la face et le cou offraient une teinte violacée, piquetée d'ecchymoses noirâtres. Sur neuf, la conjonctive oculaire était infiltrée de sang ; sur quatre, une écume sanguinolente s'écoulait de la bouche et du nez ; sur quatre c'était du sang pur qui sortait des narines ; sur trois le sang coulait des oreilles ; sur 7, les côtes étaient fracturées. Aucun cadavre ne présentait de trace de strangulation, ni de blessures par instruments piquants ou tranchants. Ces lésions extérieures indiquaient déjà que la mort n'avait été due qu'à l'asphyxie par pression du thorax, pression dont peut donner une idée le brisement des côtes constaté sur un tiers des cadavres. L'autopsie a pleinement confirmé ces prévisions. Seize corps ont été ouverts : sur tous, le sang était noir, diffluent, et remplissait les gros vaisseaux veineux qui abordent au cœur. Les poumons, d'un rouge brun, étaient engoués dans leurs trois quarts postérieurs par une accumulation considérable de sang liquide. Ils ne présentaient du reste d'ecchymoses en aucun point de leur surface, ni de leur épaisseur, à l'exception d'un seul sujet chez lequel elles occupaient le bord inférieur du poumon. Sur tous les sujets qui avaient rendu du sang par les oreilles, la pie-mère et la substance du cerveau étaient gorgées de sang. Dans l'utérus d'une des femmes, on a trouvé un fœtus de 5 mois à 5 mois et demi. Tout se réunit pour prouver que la mort a été le résultat de la suspension des phénomènes mécaniques de la respiration. Telle a dû être et telle sera sa cause dans toutes les circonstances semblables. La communication de M. Ollivier sera insérée dans les Bulletins de l'Académie.

Traitement abortif de l'inflammation par le mercure. — M. Guéneau-de-Mussy fait un rapport verbal sur un Mémoire de M. Serre, d'Uzès, dans lequel ce médecin propose le mercure contre l'érysipèle, le phlegmon, la phlébite, l'anthrax, la pustule maligne et

généralement contre toutes les inflammations externes, soit spontanées, soit traumatiques. Il expérimente depuis 1826, et jamais les résultats n'ont varié. C'est l'onguent mercuriel double (condition importante) que M. Serre emploie. En 24 ou 48 heures au plus, l'inflammation est conjurée. Si elle résiste, il est certain que tous les autres traitements échoueraient, et par conséquent c'est un signe que la suppuration ou toute autre terminaison désorganisatrice va avoir lieu. Donc, même en ne réussissant pas, le traitement de M. Serre a cela d'important qu'il devient une *pierre de touche* précieuse pour le praticien, qui a tant d'intérêt à prévoir l'issue des phlegmasies, en ce qu'il peut prévenir les conséquences souvent si funestes des vastes fusions purulentes, etc. La dose de l'onguent mercuriel est proportionnée à l'inflammation. Elle sera d'autant plus considérable que l'inflammation sera plus intense. On recouvre d'abord et au-delà toute la partie malade avec l'onguent; puis on exerce de douces frictions pendant huit ou dix minutes. A moins que la douleur ne les interdise, elle sont fort utiles pour l'absorption du mercure. On recouvre ensuite la partie d'un linge sec et on renouvelle les frictions toutes les deux heures et même plus souvent, si la surface a peu d'étendue; car alors la salivation n'est pas à craindre. Du reste, cet accident est excessivement rare, et M. Serre ne l'a jamais observé chez ses malades. — En est-il du mercure à haute dose comme de l'émétique? M. Serre s'est convaincu, dans tous les cas, que l'effet antiphlogistique du mercure précède toujours son action sur les glandes salivaires. — Deux jours au plus suffisent pour le premier effet, il faut trois jours révolus pour que le second se déclare. — M. Serre a répété ses expériences à la Pitié, dans le service de M. Lisfranc; à Paris comme à Uzès, le mercure a eu un succès complet. — M. Velpeau demande la parole. Il a beaucoup expérimenté la méthode de M. Serre. Le mercure ne semble pas avoir pour les inflammations superficielles une efficacité beaucoup plus grande que l'axonge simple; mais il en est autrement pour les inflammations profondes. M. Velpeau a observé la salivation; mais jamais avant le troisième ou quatrième jour. Il est vrai que la formule de M. Serre n'a pas toujours été exactement suivie. — M. Rochoux se lève et déclare qu'il ne croit nullement à l'action avantageuse du mercure pour le traitement des inflammations. On l'avait aussi vanté contre la fièvre jaune, la péritonite : le fait est qu'il n'a causé que des accidents, salivation, chute des dents, etc. — M. Lisfranc a employé l'onguent mercuriel à la dose ordinaire, et n'a ja-

mais réussi à combattre ainsi les inflammations. Il a tenté la pratique de M. Serre et s'en est bien trouvé ; mais à la condition que l'inflammation fût franche et sans complications. Quand l'érysipèle est sous l'influence d'un embarras gastrique, par exemple, le traitement mercuriel n'a plus le même succès. Il faut d'abord débarrasser les premières voies, etc. Sur les conseils d'un médecin de Munich, M. Lisfranc a employé l'axonge simple pour les inflammations ; il a réussi par ce topique comme avec le mercure, quand l'inflammation était superficielle ; mais pour les inflammations profondes, l'axonge n'a plus aucune action. — M. Émery partage les opinions de M. Rochoux sur l'inutilité et le danger du traitement mercuriel appliqué aux inflammations externes. — M. Blandin : On doit distinguer les inflammations érysipélateuses spontanées des traumatiques. J'ai employé le traitement par les onctions mercurielles dans les deux cas, mais surtout dans les érysipèles traumatiques. J'ai eu des revers funestes de cette pratique ; sur 7 malades j'en ai perdu 4 Dans les phlegmasies très-bornées, comme les panaris, je n'ai eu qu'à m'en louer. — M. Lisfranc réplique que tous les praticiens sont d'accord sur l'insuffisance des onctions mercurielles dans les inflammations étendues. Il ajoute qu'il importe que les chirurgiens n'oublient pas plus que les médecins l'inLuence des [constitutions médicales sur le génie des inflammations, et que tel topique peut avoir une année un succès complet, qui, l'année suivante, échouera. M. Lisfranc cite à ce propos ses observations sur la pourriture d'hôpital, qui n'était pas rare dans les salles de chirurgie à la Pitié, alors que l'amphithéâtre d'anatomie leur était adossé. Eh bien ! une année, les chlorures réussissaient parfaitement, et l'année d'après la pourriture ne céda qu'au charbon, etc. — M. Bouillaud trouve que de la question des onctions mercurielles à celle des constitutions médicales il y a loin. Il a traité des érysipèles avec l'onguent mercuriel et l'axonge : il lui semble que ces moyens se valent. Ce n'est pas tant la constitution médicale que le mouvement fébrile qui doit faire varier l'indication des onctions mercurielles. Quand il y a fièvre, M. Bouillaufl, pense qu'elles ne peuvent être tentées. — M. Honoré regarde l'érysipèle comme étant généralement une maladie si simple qu'il n'y en a pas de plus bénigne. Il pense que la nature doit faire le plus souvent toute seule les frais de la guérison. Depuis vingt ans de pratique d'hôpital, M. Honoré a à peine retiré deux fois du sang dans le traitement de l'érysipèle. — M. Lisfranc répond qu'il faut distinguer l'érysipèle trau-

matique, dont la gravité n'est que trop démontrée aux chirurgiens.

VARIÉTÉ2.

De la discussion qui a eu lieu à l'Académie royale de Médecine sur la Statistique médicale.

Les longs extraits que nous avons donnés des discours prononcés à l'Académie de Médecine, lors de la discussion qui s'y est élevée sur la statistique médicale, ont mis nos lecteurs au courant de cette importante discussion. Nous allons maintenant chercher à en apprécier l'esprit et la portée scientifiques. Disons auparavant un mot sur le point de départ de la lutte : cela seul donne quelquefois la clef de bien des choses.

Il y a quelques mois, une chaire de pathologie et de thérapeutique générales était créée à la Faculté de Médecine de Montpellier. L'ordonnance royale est fondée sur cette grave considération, qu'il faut conserver à l'enseignement de cette Faculté le *caractère particulier* qui en fait la force, l'*originalité* qui la distingue de toutes les autres grandes écoles médicales, et qu'elle a acquise en se livrant à la *recherche des principes élevés de la médecine* et à la *haute critique historique et philosophique des divers systèmes*. Peu de temps après, par une autre ordonnance, M. Risueno d'Amador était nommé professeur de pathologie et de thérapeutique générales à la Faculté de Montpellier. Nous ne connaissons pas les titres que M. Risueno s'est acquis dans le sein de cette Faculté et qui justifient sans doute la belle position qui lui est faite. M. Risueno n'est connu à Paris que par deux concours ouverts devant l'Académie Royale de Médecine, l'un en 1829, où il eut le malheureux honneur de partager un prix destiné au *savoir* en littérature et en philosophie médicale (1) ; l'autre, tout récent, dans lequel son *Mémoire sur l'anatomie pathologique* a obtenu une palme qui attend la véritable consécration, celle du public auquel

(1) On peut voir, dans le t. 20 1re série des *Archives*, le compte que nous avons rendu de ce concours.

l'ouvrage couronné reste encore inconnu. M. Risueno, à qui est dévolue la grande mission de continuer le haut enseignement, comme l'on dit, des Barthez, des Grimaud, des Dumas, a voulu, avant de prendre en main cette imposante tâche, prouver à tous qu'il est capable de l'accomplir ; et pour cela, il a choisi une occasion qui se présentait à l'Académie, où une enquête solennelle avait été demandée sur la statistique médicale. Chevalier nommé avant les épreuves, il a voulu gagner ses éperons en rompant une lance contre les doctrines de l'école de Paris, et il s'est avancé aventureusement au combat, sans connaître ses forces, sans connaître celles de ses adversaires, sans s'être assuré d'auxiliaires assez puissants pour le soutenir en cas de détresse. Peut-être son inexpérience a-t-elle été follement poussée dans l'arène par les exemples et les encouragements d'un homme qui doit avoir grande autorité sur son esprit, s'il est vrai, comme on l'assure, que M. Double soit le principal artisan de la fortune scientifique de M. Risueno, et qu'il ait rédigé, comme on est tenté de le croire, les motifs de l'ordonnance qui a fondé la nouvelle chaire de Montpellier. M. Double, dont toutes les prédilections sont du côté des doctrines de cette école, avait déjà préludé à l'attaque sérieuse qu'il méditait contre la statistique, et ç'a été sans doute pour lui une bonne fortune que l'entreprenante assurance de son protégé. Quoi qu'il en soit, que le plan d'attaque ait été ou non combiné entre ces deux hommes distingués, M. Risueno a ouvert la lutte en s'y jetant tête baissée, en brûlant ses vaisseaux avec autant d'audace, mais avec moins de succès que son compatriote Fernand Cortèz.

Tout semblait présager une victoire facile. Le manifeste de M. Risueno, rédigé avec talent et avec un genre particulier d'habileté, avait été accueilli à l'Académie par une faveur signalée. L'appareil de science profonde déployé dans cette pièce, le placage philosophique dont elle est parée, l'appel qui y est fait à tout propos aux grandes autorités médicales et à l'expérience des siècles, l'élégance et la netteté avec lesquelles sont présentés les arguments, et surtout les traits vifs et acérés lancés contre la statistique et ses partisans, devait faire impression sur la multitude. Mais, le dirons-nous, d'autres causes, des prédispositions défavorables, pour parler le langage de la pathologie, peuvent seules expliquer comment le discours de M. Risueno a pu obtenir de si nombreuses approbations ; comment on a pu tout d'abord trouver quelque valeur à des raisonnements qui ne sont que de continuels paralo-

gismes : ces causes sont l'ignorance complète où l'on était des principes de M. Louis et de la méthode numérique, dont chacun s'était fait une idée à sa façon ; l'impatience avec laquelle on supporte le joug rigoureux imposé par ce médecin à la science ; les préjugés, la routine, etc. La preuve de ce que nous avançons ici, c'est qu'il n'a fallu qu'exposer les règles de cette méthode numérique, qu'en montrer les justes applications, les résultats, pour faire tomber le mince échafaudage d'objections élevé par ses adversaires : et, il faut le dire, il est peu d'objections qu'on ait faites à la statistique médicale, qui ne soient plus ou moins amplement réfutées dans les ouvrages de M. Louis. Aussi, par un juste retour des choses d'ici-bas, le triomphe que les antistatisticiens avaient préparé à leur coryphée s'est changé en une honteuse défaite ; et l'Académie de Médecine, pour donner une nouvelle preuve du tact heureux qu'on lui connaît, a quasi sifflé la seconde édition d'un discours dont la première apparition avait été couverte d'applaudissements.

La discussion sur la statistique médicale, qui, au premier abord, a pu paraître inutile à ceux qui suivent le cours de la science, aura donc eu l'immense avantage de populariser les vrais principes de cette méthode, de fixer tous les esprits sur sa valeur. Cette discussion nous a valu de belles leçons de philosophie médicale, resteront pour faire connaître ces doctrines de l'école de Paris, qu'on ne sera plus tenté désormais de rabaisser.

M. Bouillaud a très-bien montré, contre MM. Risueno et Double, que les probabilités fournies par la statistique médicale ne doivent pas être assimilées à celles des jeux de bazard, des assurances, etc. ; que Laplace les avait distinguées formellement les unes des autres. Comment, en effet, si l'on ne voulait pas de gaîté de cœur embrouiller toute la question, était-il possible de rapprocher, pour les condamner en même temps, des choses aussi distinctes, où, d'un côté, l'on réunit les objets les plus disparates, et où, de l'autre, on ne rassemble que les faits analogues fournis par une observation difficile. Du reste, ces messieurs, qui basaient leur principale objection sur l'incertitude du calcul des probabilités appliqué à des questions du ressort de la physique, ont encore été repoussés sur ce point ; et il a été facile de leur prouver par l'exemple des jeux de la roulette, du trente et quarante, de la loterie, des compagnies d'assurance, etc., que, dans la pratique, le calcul des probabilités était d'une exactitude satisfaisante. A cette

occasion, M. Rochoux, dont l'argumentation constamment logique n'a rien perdu de sa force pour être présentée sous la forme la plus spirituelle, a dit avec à-propos, après avoir montré ces erreurs et sapé tout d'abord les bases de l'édifice fantastique de M. Risueño, que si cet adversaire de la statistique médicale avait mal jugé les probabilités en dehors de la médecine, ce n'était pas s'écarter d'une sévère induction que de conclure qu'il pouvait bien n'avoir pas été plus heureux dans leur application à la thérapeutique.

C'est par suite de ce premier rapprochement faux et des idées erronées que MM. Double et Risueno se sont formées du calcul des probabilités, que faisant, sans plus de gêne abnégation des immenses difficultés du diagnostic, ils ont été entraînés à soutenir sérieusement que la médecine pratique devenait, dans la doctrine des numéristes, une affaire de simple manœuvre; que la statistique médicale était contraire à l'induction, et par conséquent anti-logique, anti-scientifique.

Il suffisait, comme l'a fait M. Rochoux, de renvoyer ces hautes intelligences à un simple chapitre de la *Logique* de Condillac. Ils y auraient appris que tout moyen d'arriver à la découverte de la vérité, chiffre, parole ou discours écrit, est chose logique, scientifique, et fournit matière à induction. Enfin, lorsque MM. Double et Risueno ont prétendu qu'en médecine on devait préferer les formules approximatives, telles que *souvent*, *quelquefois*, *rarement*, *ordinairement, dans la plupart des cas*, etc., ils se mettaient, comme MM. Piorry et Dubois d'Amiens, en contradiction avec eux-mêmes, en répndiant les formules chiffrées, qui sont les plus approximatives de toutes, on plutôt qui expriment avec précision les approximations.

Les antagonistes de la statistique médicale, pour attaquer cette méthode, ont eu besoin de prêter à ses partisans les raisonnements les plus étranges, de faire les suppositions les plus fausses. Aussi, s'il ne s'était agi qne de réfuter les arguments de MM. Double et Risueno, on aurait pu terminer immédiatement la discussion par ce peu de mots qne M. Chomel a adressés à l'un d'eux : « Si c'est ainsi que vous entendez la statistique, vous avez mille fois raison de la repousser. » Mais la plupart des défenseurs de cette méthode, tout en montrant le peu de fondement des objections par lesquelles on cherchait à la combattro, ont eu plus à cœur d'en établir directement les principes, les avantages et les moyens d'application. C'est à cette manière de voir que l'on a dû l'excel-

lente improvisation de M. Bouillaud, et les discours importants de MM. Chomel, Louis et Rayer.

Ce dernier médecin s'est attaché particulièrement au principe sur lequel repose toute statistique médicale, à celui en vertu duquel les statisticiens s'attribuent le droit de réunir certains grouppes de phénomènes morbides constituant des maladies, pour apprécier par la méthode numérique l'influence des divers modes de traitement qui leur sont appliqués. Les antistatisticiens, et c'est leur principal argument, prétendaient que tous les cas morbides, étant chacun une individualité non identique à tous les autres, ne peuvent pas être rapprochés comme des quantités de même valeur, sur lesquelles seules peut s'exercer le calcul : M. Rayer a parfaitement demontré par le raisonnement et par le fait que l'on pouvait agir et que l'on agissait en effet sur les cas qui présentent le plus d'analogies possibles, comme sur des cas identiques; et il a tracé avec justesse et sagacité les règles d'après lesquelles on doit se conduire au milieu des individualités pathologiques, de manière à réunir celles qui n'offrent que des différences qu'il est permis de négliger : conditions nécessaires pour établir en thérapeutique une bonne statistique. M. Rayer est sans contredit un de ceux qui ont jeté le plus de lumière sur la question. Nous lui reprocherons toutefois d'avoir sous quelque rapport méconnu le caractère de la statistique médicale, qui est d'exprimer, dans beaucoup de cas, non des vérités absolues, mais des principes relatifs et subordonnés nécessairement à l'état de la science à l'époque où l'on emploie cette méthode. Lorsqu'il a prétendu que la statistique ne pouvait pas exister avant notre siècle, avant les progrès qu'y ont faits le diagnostic et l'anatomie pathologique, n'était-ce pas faire le procès de la statistique actuelle et en même temps de la science à laquelle nous la croyons avec lui intimement liée? Assurément nous pensons que la méthode numérique peut s'appliquer aujourd'hui à un plus grand nombre de cas qu'autrefois; qu'elle fournit nécessairement des résultats plus précis, ou, pour mieux dire, plus approximatifs que ceux qu'aurait donné la même méthode employée au temps d'Hippocrate, de Sydenham, ou de Stoll. Mais M. Rayer croit comme nous aux progrès ultérieurs de la science pathologique : nos arrière-neveux ne pourraient-ils pas, au même titre, condamner notre statistique comme fondée sur des observations incomplètes? Qui oserait soutenir que l'hydropisie, dont M. Rayer s'est servi comme exemple pour démontrer le peu de valeur des observations anciennes relativement au traitement de

cette maladie, [ne reconnaît pas d'autres causes organiques que celles que l'anatomie pathologique a signalées jusqu'à présent? Les aphorismes de médecine pratique d'Hippocrate, de Boerhaave et de Stoll, qui sont, comme disent les anti-numéristes, le résultat d'une large induction, c'est-à-dire d'une induction souvent incomplète et quelquefois tout-à-fait fausse, auraient gagné, ce nous semble, à être formulés par leurs auteurs d'après la méthode numérique.

Tout préoccupés qu'ils étaient de la défense de la statistique médicale, les partisans de cette méthode se sont en général, comme nous l'avons dit, bornés à repousser les attaques de ses ennemis. Peut-être aurait-on pu se retourner un peu plus vivement vers ceux-ci pour leur demander qui ils étaient, quelle était leur méthode, leur doctrine, à eux-mêmes qui se prennent d'un si noble dédain pour leurs adversaires. M. Rochoux a bien levé un petit coin de leur masque, en les signalant, dans l'un de leurs chefs, comme nécessairement opposés à la méthode suivie dans toutes les sciences d'observation, par suite de leurs opinions philosophiques; et c'est vraiment là qu'était le nœud caché de la discussion : c'est encore une de ces éternelles luttes entre la méthode synthétique et la méthode analytique, entre l'*à priori* et l'*à posteriori*, entre le dogmatisme et l'empirisme. Mais s'il était difficile ou plutôt inutile, comme l'a prouvé l'exemple de M. Rochoux, qui sur ce point n'a pas été généralement compris, de s'attacher à ce principe de dissidence entre les numéristes et les anti-numéristes, on aurait pu, par une analyse un peu plus sévère des discours de MM. Double et Risueno, montrer l'étrange confusion que font ces médecins de toutes les notions, parlant à la fois d'inspiration et d'expérience, des précisions de l'esprit et de celles du cœur; confondant les données de la science avec les soupçons, les hypothèses; les théories expérimentales avec les spéculatives; ne distinguant pas la méthode inductive qui fonde la science, de l'induction partielle, fugitive, qui fournit un motif d'essai; confondant enfin à plaisir la pratique de l'art dans les cas difficiles, obscurs, et dans les cas bien connus; les cas où l'art n'est pas seulement conjectural, où il fait défaut, et ceux où ses préceptes sont assis sur les données positives de la science; l'établissement de ces préceptes et leur application, etc., etc. Quelques citations, que nous aurions pu facilement multiplier, fourniront une preuve de la précision et de la justesse de cette philosophie pour laquelle une chaire a été fondée tout exprès à Montpellier. . . . .

» Imitez, dit M. Risueno, la science dans sa marche à travers les âges ; elle ne rassemble pas tout-à-coup les faits analogues : mais par une synthèse lente, inégale et variée, quoique continue et sûre, elle finit par fondre ensemble les faits que le temps et les distances ont séparés, et prépare ainsi ces inductions larges, vastes et compréhensives, d'où sortent avec le temps les croyances médicales ».

« Guidé par la théorie, dit encore M. Risueno, l'art semble s'éloigner parfois de l'expérience vulgaire ; mais il se rapproche en réalité d'une expérience plus haute et plus intelligente, qui pénétrant jusqu'au secret des faits, en tire des indications que l'empirisme seul n'eut jamais trouvé ».... La maladie n'est pas *une* ; sa forme et ses éléments sont variés, multiples, les déterminations du médecin, sont et doivent souvent être instantanées, fugitives ; les idées théoriques et des *à priori* de tout genre, ont une large part dans sa conduite, et vouloir tout faire sortir de l'empirisme, et surtout de l'empirisme condensé en chiffres, est une prétention inadmissible, impraticable, etc., etc. »

De son côté, M. Donble dit :

« Sans doute l'époque à laquelle nous appartenons a rendu de grands services à la science ; mais elle a mérité le reproche grave d'avoir tendu à matérialiser beaucoup trop la médecine. Par malheur la nature des faits qui nous sont dévolus ne s'accommodent point de principes aussi positifs, de règles aussi rigoureuses : il faut à nos progrès réels une méthode de philosopher plus large, plus savante et plus relevée. »

« Non, chaque maladie en particulier n'est point un phénomène simple que l'on puisse représenter sous une unité : ce n'est point un acte isolé, constant et qui se répète le même sous des nombres infinis. Une maladie est une série variable d'actes mobiles, changeant chaque jour, à chaque instant. La pneumonie d'aujourd'hui n'est point la pneumonie d'hier, et la pueumonie de Paul n'est point la pnemonie de Pierre. . . »

. . . « Quant à moi, ajoute M. Double, plus je vois de malades, et plus je rencontre de cas variés et différents de maladie ; plus je distingue et je signale d'individualités pathologiques. Chaque malade que j'observe m'offre un problème nouveau. Dans chacun d'eux, je ne trouve sans doute que la combinaison des vingt à trente éléments donl j'ai parlé ; mais les combinaisons infinies de ces états, de ces éléments, appellent chaque fois une nouvelle attention, une analyse spéciale et des conclusions différentes. »

Eh quoi! si les faits sont tellement variables, que vous ne puissiez pas en rapprocher deux, sur quoi fonderez-vous la science et les préceptes de l'art? Sur un vaste système d'*indications?* Mais c'est la médecine symptomatique que vous préconisez; la pire de toutes les médecines, celle qui dut appartenir à l'enfance de la science, et qui ne saurait aujourd'hui être usitée que dans les cas où l'art manque d'appui, et pour fournir, à l'aide d'analogies plus ou moins éloignées, des moyens précaires d'essai et de tatonnements. Nous direz-vous que vous avez une méthode plus savante; que vous traitez chaque élément semblable d'une maladie d'une manière analogue? Mais alors, sans discuter ici sur cette pathologie abstraite d'éléments morbides, dites-nous qui vous a appris à traiter ainsi cet élément? L'expérience, c'est-à-dire l'observation de succès répétés dans les mêmes cas! Eh bien! il vous a été prouvé que, pour constater cette expérience, la méthode numérique était le seul moyen rigoureux. Malgré toutes vos subtilités, en soutenant l'inutilité de compter, vous niez le nécesssité de l'expérience en médecine, vous anéantissez d'un seul coup la pathologie générale aussi bien que la pathologie spéciale, et l'on peut reproduire cette plaisante interpellation faite à M. Risueno, nommé professeur de pathologie et de thérapeutique générale: qu'enseignerez-vous à vos élèves, puisque la science que vous êtes appelé à professer n'existe pas? Mais nous nous trompons, ce n'est pas notre pathologie commune, vulgaire, que vous devez enseigner: ce que vous êtes appelé à professer, ce sont les *principes élevés de la médecine*, c'est la *haute critique historique et philosophique des divers systèmes*.

Certainement, à ces grossières imitations de la philosophie de Barthez et de sa doctrine des indications thérapeutiques, ce grand homme, s'il lui avait été donné d'entendre MM. Double et Risueno, les aurait, malgré leurs prétentions à ce titre, reniés pour ses disciples. Et vaincu par les progrès de la science, il aurait peut-être avoué, sa belle préface des *Éléments de la science de l'homme*, à la main, que le plus beau génie métaphysique ne suffit pas pour faire avancer les sciences d'observation, et qu'en médecine pratique en particulier, les systèmes abstraits, malgré les plus hautes facultés de l'intelligence dans leurs auteurs, ne conduisent qu'à des productions médiocres, telles que les *consultations* et le *Traité des maladies goutteuses*.

En résumé, il est évidemment ressorti de la discussion, que la statistique n'étant qu'un moyen de constater d'une manière précise les

résultats de l'observation, d'exprimer les rapports des faits particuliers, est, comme l'a dit M. Chomel, le complément presqu'obligé du soin qu'on a mis dans tous les temps à les rassembler. Elle peut et doit donc s'appliquer aussi bien à la thérapeutique qu'à la connaissance des phénomènes morbides; et dans l'un comme dans l'autre cas, elle fournit les éléments d'une induction qui s'exerce nécessairement dans les limites de l'ordre de faits particuliers qu'elle rapproche et des notions générales qui résultent de ce rapprochement. Il a été reconnu que, quelle que soit la multiplicité de causes et d'effets qui se présentent dans tous les phénomènes organiques et qui en forme la variabilité apparente, cette multiplicité et cette variabilité se circonscrivent dans un cercle assez restreint, de sorte qu'on n'a pas besoin d'un nombre immense de faits pour en constater les lois. Que certains résultats de la statistique soient contestables et appellent une observation plus exacte; que de fausses applications en aient été faites; que des inductions peu rigoureuses aient été tirées des données qu'elle fournit! cela peut être vrai; mais là question n'est pas là.

La discussion qui avait pour point de départ l'application de la statistique à la thérapeutique, a pris un caractère de généralité qui y a jeté quelque confusion; et il est arrivé ce qui arrive dans presque toutes les discussions, c'est que la plupart des dissidents sont réstés convaincus de la justesse de leurs opinions, en étendant à l'ensemble de la question ce qui ne s'applique avec fondement qu'à quelques points. Il est à regretter que quelques-uns des défenseurs de la statistique ne se soient pas attachés à cette division logique de la question. M. Bouilland, dans son discours à l'Académie, et surtout dans son ouvrage sur la Philosophie médicale, a bien senti le rôle que devait jouer l'induction dans la science; mais faute des développements nécessaires ou de distinctions assez nettes, sa pensée dans la circonstance actuelle n'a pu être saisie avec clarté.

La statistique est-elle inutile en médecine, et peut-elle être remplacée par l'induction pure dans les cas auxquels on l'applique? La statistique est-elle la seule voie qui doive servir à déterminer les principes ou les propositions générales, à constituer, en un mot, les diverses parties de la science? Telles étaient, si je ne me trompe, formellement ou implicitement comprises par les deux partis, les deux faces opposées du point en discussion.

Dans les sciences physiques où les phénomènes sont en général peu compliqués et sont susceptibles d'être mesurés avec précision, l'induction seule peut conduire à l'établissement des principes gé-

néraux et des lois secondaires, qui, une fois découverts, s'appliquent à tous les faits du même ordre et en forment le lien et la théorie. C'est ainsi qu'ont été déterminés les principes et les lois de la gravitation universelle, des affinités chimiques, etc. Mais à côté de ces faits, il en est d'autres qui, plus compliqués, se soustraient à la régularité qu'affectent les premiers; la science qui les concerne ne peut être constituée dès-lors que par des moyennes que fournit un grand nombre d'observations ou la statistique: telle est la météorologie.

Les faits que comprennent les sciences physiologiques et pathologiques rentrent presque tous dans cette dernière catégorie; toutefois il en est un certain nombre qui, considérés dans leurs caractères généraux, présentent une constance, une fixité qui décèlent dans la nature animée des lois non moins immuables que dans la nature morte. Dans ces cas, l'induction seule conduit directement à la connaissance des rapports généraux des phénomènes, à leur explication expérimentale, à leur théorie. La découverte du mécanisme de la circulation est due à une suite d'inductions tirées de phénomènes observés partiellement. Les lois de l'entendement humain, ou la théorie de la génération des idées, est le résultat d'une induction puissante appliquée à des phénomènes fort difficiles à analyser. C'est à la même voie que sont ou que pourront être dues les théories de l'organogénésie, de l'irritabilité hallérienne, de l'inflammation et de divers états morbides bien déterminés, tels que les productions ou dégénérescences tuberculeuses, cancéreuses, mélaniques, etc. Dans tous les phénomènes de cet ordre, le nombre n'ajoute rien à la valeur des observations. La répétition de celles-ci n'est nécessaire que pour en constater l'exactitude. Nous sommes loin de prétendre que les notions fournies par la méthode numérique ne puissent participer à la théorie de ces phénomènes; mais elles n'y entrent que comme matériaux fournis à l'induction, avec les résultats beaucoup plus importants de l'observation immédiate. Peut-être pourrait-on rattacher à ce genre de cas un petit nombre de faits pathologiques et thérapeutiques, surtout parmi ceux qui sont du ressort de la chirurgie, qui se lient à des dispositions organiques nécessaires, constantes, qui présentent des rapports mécaniques dont les effets suivent forcément les lois fixes des propriétés générales des corps. Certaines parties de l'histoire des anévrysmes, des hernies, sont certainement dans ce cas. Nous ne faisons, comme on le pense bien, qu'indiquer ce point de vue, qui aurait besoin d'être plus

développé que nous ne pouvons le faire ici, pour être bien saisi.

Cette induction pure n'a plus la même puissance appliquée aux phénomènes particuliers de l'organisme dans l'état sain, comme dans l'état morbide; lorsqu'il s'agit de constater les lois qui régissent leurs caractères divers, de forme, d'étendue, de durée, leurs modifications par l'action de certaines influences. Ici, la multiplicité, la complication des conditions qui entrent dans le problème, font varier à chaque instant les résultats de l'observation, C'est à ces cas, comme nous l'avons dit, les plus nombreux de tous, et auxquels se rapporte la médecine pratique presque toute entière, que s'applique nécessairement la statistique. Elle seule fournit le moyen de déterminer les propositions générales. Cette vérité, nous le croyons, après la discussion de l'académie, ne sera plus contestée. M. Louis, dans son discours et dans ses ouvrages, en démontrant les avantages et la nécessité de la méthode numérique appliquée à certains cas d'anatomie, d'anatomie pathologique, de pathologie et de thérapeutique, a fixé invariablement les idées sur l'emploi de cette méthode dans tous les faits de ce genre. Si la voie ouverte par ce médecin n'est pas entièrement nouvelle, si d'autres avant lui ont employé la statistique, dans les cas où l'usage de ce moyen était presque commandé par le simple bon sens; c'est une preuve à ajouter à la nécessité de l'employer encore. Un mérite qui ne pourra pas être refusé à M. Louis, c'est d'en avoir généralisé l'usage, c'est d'en avoir tracé avec sureté les règles; c'est d'avoir toute sa vie, avec une inflexible persévérance, poursuivi des travaux entrepris dans cette lente et pénible voie. Oui, nous le croyons avec M. Louis, tout l'avenir de la médecine pratique, vouée depuis si longtemps au vague et à l'incertitude, est dans la statistique comprise comme elle doit l'être, dans la statistique, qui donnera des résultats d'autant plus certains et plus étendus, que les moyens d'observation s'accroitront et se perfectionneront; qu'elle pourra s'appliquer à une foule de cas aujourd'hui mal déterminés ou trop isolés, pour fournir autre chose que des inductions précaires et hypothétiques. Tant d'avantages de la statistique médicale ne peuvent manquer d'assurer à celui qui en est le véritable inventeur une gloire solide et durable R. D.

BIBLIOGRAPHIE.

Etudes anatomiques ou recherches sur l'organisation de l'œil considéré chez l'homme et dans quelques animaux, par J. A. Giraldès. Paris, 1836, *in*-4°, 7 planches.

L'importance de la vision, la difficulté d'appliquer à ses phénomènes les lois de l'optique, expliquent assez les travaux multipliés du médecin et des physiciens sur l'anatomie de l'œil. L'espèce de transformation qu'a subie de nos jours la pathologie oculaire est venue donner une nouvelle impulsion à cette étude, et on lui doit une série de monographies dont la plupart ont enrichi la science de faits plus ou moins importants, en même temps que, par une critique approfondie, elles jetaient un nouveau jour sur des faits déjà connus. Aussi est-ce une tâche difficile que celle de l'anatomiste qui veut aujourd'hui entreprendre des recherches sur l'œil. M. Giraldès n'a point reculé devant ces difficultés, et nous l'en félicitons; car son travail est très-intéressant. Toutefois ce n'est pas une histoire complète de l'organe de la vue. Se bornant à décrire ce qu'il a vu, l'auteur ne parle guère que des animaux vertébrés et de quelques mollusques. Dans la courte analyse que nous en donnons en ce moment, nous nous arrêterons spécialement sur ce qui a rapport à l'œil humain, sans négliger toutefois les particularités anatomiques qui pourraient élucider quelques points en litige.

La cornée transparente, suivant M. Giraldès, est fibreuse comme la sclérotique avec le tissu de laquelle elle se continue. Sa disposition lamellaire ne serait que le résultat mécanique du mode de préparation. Quant à sa transparence, elle serait due seulement à la disposition spéciale de ses fibres et à la plus grande quantité de liquide contenue dans leurs interstices. On sait que M. Chevreul a démontré que les tissus sont d'autant plus transparents qu'ils renferment plus de liquide.

Entre la sclérotique et la choroïde, est du tissu cellulaire dès long-temps connu, mais que M. Arnold considère comme une membrane séreuse. L'auteur du travail que nous analysons n'a jamais pu parvenir à démontrer une cavité séreuse, quelle que soit l'espèce animale qu'il ait examinée à cet effet. Le ligament ciliaire, si riche en vaisseaux et en nerfs, a été considéré par plusieurs anatomistes comme un ganglion; ce n'est cependant autre chose que la continuation antérieure, le renflement du tissu cellulaire dont nous venons de parler. Ce ligament est très-adhérent en

avant à la choroïde. Quant à celle-ci, M. Giraldès a pu vérifier chez le fœtus l'opinion de Valsalva; elle se continue avec la pie-mère; d'une autre part, elle se réfléchit en avant pour constituer l'iris. Les procès ciliaires, de même que le peigne chez les oiseaux, ne sont que des replis purement vasculaires de cette membrane. Chez l'homme la choroïde est formé par une trame tout à la fois artérielle et veineuse. Dans quelques animaux, dans la baleine en particulier, on rencontre une disposition qui rapproche les membranes de l'œil de celles du cerveau dont elles ne sont du reste que la continuation. C'est la sclérotique qui renferme les canaux veineux; les artères seules appartiennent à la choroïde.—L'iris se continue avec la choroïde; mais il en diffère par sa nature. M. Giraldès adopte l'opinion de ceux qui le regardent comme musculaire. Il a vu manifestement des fibres longitudinales. Quant aux fibres circulaires, il ne les a pas rencontrées chez l'homme; mais seulement chez quelques animaux. Le canal de Fontana, qui existe à la réunion de l'iris avec la cornée n'est autre chose qu'un tissu veineux qui reçoit les veines iriennes et communique à l'extérieur avec les veines multipliées de la conjonctive.

La membrane de Jacob, intermédiaire à la rétine et au pigment qui revêt la choroïde, est très-difficile à démontrer; mais on la trouve constamment pourvu qu'on l'examine peu d'instants après la mort. M. Giraldès a pu constater qu'elle tapissait les procès ciliaires et la face postérieure de l'iris, bien qu'elle fût plus épaisse sur la choroïde; mais il ne lui reconnaît, non plus qu'à la membrane d'Arnold, la structure d'une séreuse. La plupart des anatomistes pensent que la rétine s'arrête au niveau de la partie postérieure des procès ciliaires; l'anatomie comparée montre que chez un certain nombre d'animaux elle s'étend jusque derrière l'iris. Chez l'homme elle n'y est que rudimentaire; elle s'est dépouillée dans ce point de sa substance nerveuse. Néanmoins on peut, avec des soins, la suivre jusque vers la pupille et obtenir un sac complet. Cette portion de la rétine a été désignée par plusieurs auteurs sous le nom de membrane capsulo-pupillaire. Quant à la structure de cette membrane, jamais M. Giraldès n'a pu voir les tubes articulés décrits par Langensbeck dans la couche médullaire moyenne; toujours il a rencontré des globules arrondis, transparents, liés entre eux par une masse muqueuse. L'aspect fibrillaire n'existe que pour la couche celluleuse et vasculaire qui est la plus interne. Wardrop, en la décrivant comme extérieure, a commis une erreur.

Passant ensuite aux humeurs de l'œil, l'auteur étudie successivement le corps vitré, le cristallin et l'humeur aqueuse. On sait

combien peu les anatomistes s'accordent sur la structure intime du cristallin ; M. Giraldès passe en revue les opinions les plus di gnes d'examen ; il penche pour celle de Brewster, sans toutefois l'admettre complètement. Pour lui le cristallin est formé de tubes parallèles creux, remplis d'un liquide non globuleux. Ces tubes se réunissent pour former des lamelles concentriques et disposées de manière à aboutir à trois lignes partant du centre du cristallin, à la manière d'une étoile. La disposition des tubes, celle des lamelles varie beaucoup suivant les clases animales, sans trop s'éloigner cependant du type que nous venons de décrire et que M. Giraldès déduit d'études microscopiques sur le cristallin de l'homme. La structure du corps vitré a donné lieu à moins de controverse que celle du cristallin. M. Giraldès a encore ici un opinion différente de celle qui est généralement adoptée; il n'est pas éloigné de regarder r e corps comme formé d'une manière analogue au cristallin; seulement ses tubes sont imbibés d'une grande quantité de liquide. Le cristallin et le corps vitré remplissent ce que M. Giraldès appelle la chambre postérieure de l'œil ; il n'admet pas d'espace entre l'iris et le cristallin, par conséquent pas de chambre postérieure proprement dite. Pour la chambre antérieure, il pense que la membrane de Descemet pourrait bien se prolonger sur la pupille. Il rapporte à ce sujet un fait très-curieux : c'est que dans la biche de la Louisiane, il a vu la membrane de l'humeur aqueuse former un sac complet. Nous terminerons ici cette analyse en dehors de laquelle nous laisserons un grand nombre de faits intéressants. Mais pour rendre un compte exact d'un travail de ce genre, il faudrait tout copier. Nous aimons mieux le recommander aux personnes qui s'occupent d'anatomie comparée. Elles y trouveront une multitude de détails qu'elles chercheraient vainement ailleurs. Pour nous, nous aurions desiré que M. Giraldès ne se fut point abstenu de toute application physiologique ou pathologique; son travail eût été un peu moins aride. Nous ne lui reprocherons pas quelques légers défauts de forme, ni sa classification des parties constituantes de l'œil, où il place l'iris parmi les organes de nutrition comme si l'iris n'appartenait pas davantage aux modificateurs de la lumière dans lesquelles il range le cristallin, le corps vitré; nous regretterons seulement que les planches n'aient pas toute la netteté désirable. La gravure, pour les objets de petites dimensions, est bien préférable à la lithographie. A part ces reproches de peu d'importance, nous n'avons que des éloges à donner à ce travail qui commence une belle réputation d'anatomiste.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

JUILLET 1837.

Des luxations de l'épaule, par M. VELPEAU, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Méd. de Paris.

Nulle part la science ne paraissait plus près de son extrême perfection il y a 10 ans, que dans ce qui concerne les luxations de l'humérus, et voilà qu'aujourd'hui, essayant de pénétrer au fond, certains pathologistes affirment que tout est à reprendre sous ce rapport ! Les travaux publiés depuis quelques années par MM. A. Cooper, Sedillot et Malgaigne, porteraient en effet à penser qu'on ne connait bien ni le mécanisme, ni les espèces, ni les signes, ni le meilleur traitement soit immédiat, soit consécutif des luxations de l'épaule. Ayant de fréquentes occasions d'observer ces maladies, j'ai senti promptement le besoin d'étudier avec soin les questions contorversées auxquelles elles ont donné lieu. Les résultats pratiques auxquels je suis arrivé ne rempliront pas tous les vides, sans doute, mais ils sont de nature, je crois, à éclaircir, du moins en partie, certains points encore obscurs du sujet.

D'abord, la question de savoir si les luxations soit en haut, soit en bas, sont possibles ou non à l'épaule, me paraît manquer de base, et rouler sur les mots bien plus que sur les choses. Nul doute, par exemple, que si par luxation en haut il fallait entendre le transport de la tête de l'humérus au *dessus* de la voûte

acromio-claviculaire, cette espèce ne dût être absolument rejettée; mais, qui en a jamais donné une pareille idée; qui ne voit, par ce qu'en ont dit les auteurs, qu'ils ont donné ce nom aux luxations désignées récemment par l'épithète de sous-coracoïdiennes, et qui méritent mieux celui de sous-clavières ou de sous-claviculaires? J'en dirai autant de la luxation en bas ; car, s'il est incontestable que la tète de l'os soit dans l'impossibilité de se fixer sur le bord de l'omoplate entre le tendon du triceps et l'extrémité inférieure de la cavité glénoïde, il l'est aussi que personne, à l'exception peut-être de quelques classificateurs irréfléchis, n'en a donné une semblable description. Avec un peu d'attention, il est facile de se convaincre, au contraire, que par luxation en bas, Duverney, Mothe, Desault, Delpech, Boyer, Dupuytren, ont entendu celle qui se fait du côté de l'aisselle, et que, partant, ils ont pu la donner comme la plus fréquente, et presque la seule (Duverney). Comment s'y tromper d'ailleurs, quand on voit Guy de Chauliac, après Avicennes et Albucasis, l'appeler luxation en bas, luxation inférieure ou au *chatouilloir*, et Desault ainsi que M. A Cooper, noter avec Oribase, qu'elle se fait *en bas* ou *dans l'aisselle?* C'est donc perdre son temps que de débattre une question pareille.

On a pu dire *luxation en bas ou dans l'aisselle*, au surplus, sans cesser d'être exact, parce que le grand diamètre de la cavité glénoïde étant oblique de haut en bas et de dedans en dehors, fait que l'une des moitiés de cette cavité regarde en dedans et en bas, tandis que l'autre se tourne en dehors et en haut, dans toute luxation axillaire; aucun auteur n'a certainement prétendu décrire une luxation sur le bord même de l'omoplate au dessous de la cavité glénoïde, d'autant mieux qu'alors elle serait en dehors tout aussi bien qu'en bas. L'observation empruntée à Desault comme un exemple de luxation en bas, (*obs.* 2. *Journal de Ch. tome II, page* 136), est un fait de *luxation axillaire* et pas autre chose. Si quelques auteurs parlent de luxation en bas et de luxation en dedans ou en avant comme espèces distinctes, cela tient à ce que la tête de l'hu-

mérus peut en effet se placer dans l'aisselle à des hauteurs différentes, et non à ce qu'ils voulaient établir la luxation en bas dont on a si fort repoussé la possibilité de nos jours.

En réalité, les luxations de l'épaule en haut et les luxations de l'épaule en bas sont impossibles, en ce sens que la tête de l'humérus ne se place jamais directement au-dessus, ni directement au-dessous de l'une des extrémités du grand diamètre de la cavité glénoïde; mais il faut ajouter qu'on ne trouve nulle part la preuve que les observateurs aient eu la pensée de ces sortes de déplacements, et tout indique que le mauvais emploi des termes en a seul imposé sur ce point.

Le bras ne peut en définitive se luxer que dans deux sens principaux, dans le sens *antéro-interne*, et dans le sens *postéro-externe* de la cavité glénoïde, c'est-à-dire du côté de l'aisselle et dans la fosse sous-épineuse.

§ 1. La luxation *postéro-externe* ou *sous-acromiale*, *sous-épineuse*, dont quelques personnes ont contesté la possibilité, a maintenant été trop souvent observée pour qu'il soit encore permis d'en révoquer l'existence en doute. Outre l'exemple qu'en rapporte Boyer, on voit qu'elle a été rencontrée deux fois par M. A. Cooper, deux fois par M. Coley, une fois par M. Physick, une fois par M. Toulmin, deux fois à l'hôpital de Manchester, une fois par M. Arnott, une fois par Delpech sur le cadavre; MM. Bert, Levacher, Lepelletier, Kirbridge, en ont aussi relaté chacun un cas; M. Marx en a trouvé 3 exemples dans les cartons de Dupuytren. M. Berard aîné m'a dit en avoir observé un de son côté; j'en relaterai plus loin un qui m'est propre et qui a déjà été publié par M. Sédillot.

N'ayant rien de notable à dire sur cette classe de luxations, je ne m'y arrêterai pas davantage pour le moment, me proposant d'y revenir un instant, à l'occasion des luxations incomplètes.

§ 2. En discutant la question des *luxations incomplètes* de l'humérus, quelques expérimentateurs modernes ne sont-ils

pas tombés dans la même confusion que pour le classement dont j'ai parlé tout-à-l'heure ? Si, pour que la luxation soit incomplète, il faut que la surface cartilagineuse de la tête de l'humérus ne soit échappée qu'à moitié de la cavité glenoïde, nul doute qu'on doive en rejeter l'existence ; mais si, comme je le crois, on doit entendre par là, toute luxation dans laquelle la tête de l'os du bras est arrêtée par un point de son col anatomique sur le bord de la cavité glenoïde, je ne vois pas qu'il y ait lieu à en contester ni la possibilité, ni l'existence, ni même la facilité. Ce serait en vain, selon moi, qu'on arguerait que c'est alors une luxation complète ; car, dans celle-ci il y a manifestement sortie et de la demi-sphère cartilagineuse, et d'une partie du contour osseux qui la sépare du col chirurgical, tandis que dans celle-là le bourrelet ostéo-fibreux reste en partie dans la capsule.

En envisageant la question sous ce point de vue, je crois avoir rencontré trois exemples de luxations incomplètes de l'humérus, deux en dehors et une en dedans.

Obs. Ire. — *Luxation sous-épineuse incomplète.* Un mécanicien âgé de 41 ans, bien constitué, vint me consulter pour une maladie qu'il portait à épaule droite depuis dix à onze mois. Le mal était survenu brusquement dans une rixe. Quelques praticiens crurent à une fracture, d'autres à une luxation ; un chirurgien célèbre de Paris affirma, au dire du blessé, qu'il n'y avait qu'une entorse ou une violente contusion. Divers appareils, beaucoup de topiques avaient été appliqués sans succès. Le bras, d'un demi-pouce plus long que celui du côté opposé, était immobile le long du thorax, et le coude un peu incliné en avant et en dedans. La tête de l'humérus dépassait de six à huit lignes le bord postérieur ou sous-épineux de l'acromion, et ne faisait aucune saillie du côté de l'apophyse coracoïde. L'aisselle était libre, et le grand pectoral, ainsi que la portion interne du deltoïde, fort déprimés. Nul engorgement, nulle trace d'inflammation. Une sorte de demi-ankylose semblait s'être établie entre le col anatomique où la tête de l'humérus et la cavité glénoïde. Le malade ne souffrait pas si on laissait son bras en repos ; mais il se plaignait de douleurs assez vives dès qu'on essayait de lui imprimer quelques mouvements. Je diagnos-

tiquai une luxation incomplète en dehors, avec adhésion de quelques points des parties déplacées. D'après cette pensée, je prévins M. G. qu'en essayant de réduire la luxation dont il était affecté, on réussirait *peut-être*; mais que, *peut-être* aussi, on aggraverait son état; qu'il était plus prudent, selon moi, de ne rien tenter sous ce rapport, et, qu'à la longue, les mouvements de son bras se rétabliraient en partie.

Ce malade s'adressa plus tard à M. Sédillot, qui l'a guéri à l'aide de tractions et d'un appareil très-ingénieux, après treize mois de maladie. L'observation en a été publiée dans la *Gazette Médicale*, et reproduite dans la traduction de M. A. Cooper, p. 108.

Il y avait certainement ici luxation en dehors. Pour s'en convaincre, il suffit de remarquer que la tête de l'humérus ne pouvait pas être sentie sous le bord coracoïdien de l'acromion, où elle proémine habituellement d'un demi-pouce, et qu'elle faisait au contraire une saillie de plus de six lignes sous le bord postérieur de la même apophyse, où on ne la voit point à l'état normal; mais était-ce bien une luxation incomplète? M. Sédillot soutient que non. Pour prouver qu'il a tort, je ne puis invoquer que certains caractères observés avant la réduction. Si la luxation eût été complète, la tête de l'humérus se fût trouvée à plus d'un pouce en arrière du sommet de l'acromion, et elle n'en était qu'à quelques lignes; la cavité glénoïde eût été complètement vide, et elle l'était si peu qu'on pouvait confondre jusqu'à un certain point la dépression deltoïdienne avec celle qui résulte d'une fracture du col chirurgical de l'os du bras; le coude eût été entraîné jusqu'au niveau des cartilages costaux, et il n'était que légèrement incliné en dedans et en avant; enfin la fosse sous-épineuse eut été occupée presqu'en entier par la tumeur, et elle n'en était en quelque sorte que bordée en avant. De pareilles raisons ne paraitront pas concluantes aux yeux de tous les praticiens, sans doute, d'autant mieux, qu'après une aussi longue durée du mal, on peut objecter que les parties ont dû s'applatir, et les saillies comme les creux perdre de leur étendue; mais tout

ce qu'on pourrait dire en faveur d'une luxation complète serait encore, si je ne m'abuse, infiniment moins soutenable. La question recevra d'ailleurs quelque lumière de l'observation suivante :

OBS. IIe. — Un homme âgé de 50 ans, grand, un peu maigre, sujet à des douleurs rhumatismales, quoique d'une bonne santé habituelle, tomba, en montant un escalier, sur le coude gauche et le devant de la poitrine. Ne pouvant remuer son bras et souffrant de l'épaule, il se fit admettre le lendemain à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Andral, qui, après avoir prescrit des cataplasmes et d'autres topiques adoucissants, l'envoya dans ma division au bout de trois jours. Le membre offrait exactement les mêmes caractères anatomiques que dans l'observation précédente : mouvements volontaires impossibles; mouvements communiqués très-bornés et fort douloureux ; allongement de huit lignes au bras; dépression sur le devant et en dedans de l'acromion ; légère saillie de la tête humérale en arrière. Seulement le malade ressentait une douleur permanente dans toute l'épaule, douleur qu'il rapportait à son *rhumatisme*, et qui pouvait faire craindre une arthrite.

Croyant à une luxation incomplète, je résolus d'en tenter aussitôt la réduction. On fit asseoir la malade sur une chaise; un aide placé derrière lui embrassa l'épaule des deux mains en avant et en arrière, comme pour faire la contre-extension. Ayant saisi le bras au-dessus du coude avec la main droite, et l'avant-bras demi-fléchi avec la main gauche, je soulevai le tout en tirant un peu, comme pour faire basculer la tête de l'humérus de haut en bas et d'arrière en avant. Le déplacement disparut brusquement avec bruit, avant que j'eusse élevé le coude au niveau de la ligne horizontale, et sous le simple effort de mes mains. Dès-lors, plus de difformité ni de douleurs. Les mouvements de l'articulation se rétablirent aussitôt, et le malade, étant guéri, sortit de l'hôpital quatre jours plus tard.

Je rencontrai ces deux faits en 1832, à peu de distance l'un de l'autre ; et j'en fis mention bientôt après dans mon *Traité d'anatomie chirurgicale*. Le dernier ne me paraît laisser aucun doute. Le genre de difformité, et surtout la manière dont la réduction s'est opérée ne permettent pas plus de songer à une

luxation complète, il me semble, qu'à une absence de déplacement. Si l'origine du mal, la forme de l'épaule et le rétablissement instantané des fonctions du membre mettent la luxation hors de doute, la facilité de la réduction ne rend-elle pas incontestable la luxation incomplète?

Du côté de l'aisselle, les luxations incomplètes ont été admises par beaucoup de praticiens. M. Laugier en a encore consigné un exemple dans les *Archives générales de médecine*, en 1834, et j'en avais déjà cité quelques autres appuyés de l'autopsie cadavérique; cela n'a pas empêché M. Sédillot de contester la possibilité de ce genre de luxation. Il est vrai que dans l'observation de M. Laugier, comme dans celles de M. Cooper, les signes indiqués et l'impossibilité où l'on s'est trouvé d'effectuer la réduction ne s'accordent guère avec l'idée d'une luxation incomplète; il est vrai encore que l'état des pièces recueillies sur le cadavre et que j'avais citées, pourrait, à la rigueur, être attribué à une lésion organique de l'articulation, tout aussi bien qu'à une ancienne luxation, puisqu'on n'a pas su ce qui s'était passé pendant la vie des malades; mais je ne crois pas qu'on éprouve le même embarras pour le fait dont je vais parler maintenant.

Obs. IIIe.— *Luxation de l'épaule gauche, datant de 21 ans.* (recueillie par *M. Rufz, interne.*)—Le malade avait fait une chute, vingt-et-un ans auparavant, sur la place de l'Estrapade, à Paris, et s'était démis le bras. Un rebouteur prétendit, après quelques tractions, l'avoir guéri; mais les mouvements ne se rétablirent pas, et lorsque le blessé consulta plus tard un chirurgien, celui-ci constata la persistance de la luxation, et l'engagea à garder son membre dans l'état où il se trouvait, sans exposer dans des tentatives inutiles, en raison de l'ancienneté du déplacement, (il datait d'un mois ou six semaines) le peu de mobilité qu'il pouvait recouvrer, et peut-être sa vie.

Le malade avait suivi cet avis, et le bras avait peu à peu repris quelques mouvements, quoique moins fort et moins gros que celui du côté opposé; il était cependant très-musclé. La saillie deltoï-

dienne n'avait pas tout-à-fait disparu ; mais en portant la main sur elle, on sentait proéminer l'extrémité de l'acromion, et les doigts s'enfonçaient au-dessous de cette apophyse : la tête de l'humérus était au-dessous de l'apophyse coracoïde. Le bras, mesuré de l'acromion à l'olécrane, offrait la même longueur que le droit; les mouvements d'élévation étaient peu étendus; et le malade, en baissant la tête, pouvait à peine porter les doigts à son front. La rotation était à peu près abolie, et en examinant le mécanisme des mouvements, on reconnaissait qu'ils appartenaient presque tous à l'omoplate. Ce malade était entré à l'hôpital pour subir une amputation de la jambe, opération dont il mourut quelques jours après.

Dissection. — La peau de la région scapulo-humérale ne présente aucune cicatrice, ni aucune adhérence avec les parties sous-jacentes. Les muscles sont volumineux, rouges et d'un bel aspect. On incise le grand pectoral et le grand dorsal à trois pouces de leur insertion à l'humérus, le deltoïde au-dessous des apophyses acromion et coracoïde. Le tissu cellulaire de la face interne est plus fibreux qu'à l'état normal, et plus intimement uni à la tête humérale. Le tendon de la longue portion du biceps et le coraco-brachial n'offrent rien à noter : le tendon du muscle sous-scapulaire est très-large, applati, moulé sur la tête de l'humérus et sur la capsule, dont on la sépare assez difficilement. Les muscles sus et sous-épineux, petit-rond, se confondent à leur terminaison avec le tissu fibreux articulaire, sans cesser d'être reconnaissables. Tous ces muscles sont volumineux, sans indices de lésion, soit récentes, soit anciennes; détachés de l'omoplate, ils laissent l'articulation parfaitement à découvert.

Face antérieure et externe de l'articulation. — Vue en avant et réduite aux éléments ostéo-fibreux, l'épaule n'offre pas les signes ordinaires d'une luxation : la tête de l'humérus est, à la vérité, moins saillante en dehors que dans l'état naturel, et n'atteint pas le bord de l'acromion; mais elle se trouve sous cette apophyse et paraît applatie et déformée. Elle a trois pouces de largeur et recouvre toute la cavité glénoïde, puis se porte en dedans, au-dessous de l'apophyse coracoïde, avec la face inférieure de laquelle elle est dans un rapport immédiat. La coulisse bicipitale offre un point osseux de quatre lignes environ de hauteur, sous lequel glisse avec facilité le tendon de la longue portion du biceps. En général, le tissu fibreux est abondant, fortement prononcé, et se confond avec l'origine du ligament capsulaire, qui n'a que quatre ou cinq

lignes d'étendue, les os s'écartant à peine l'un de l'autre à la partie supérieure de l'articulation.

Face interne et inférieure. — Cette face laisse apercevoir : 1° la fosse sous-scapulaire ; 2° un rebord osseux, long de deux pouces, qui forme la limite de la nouvelle cavité du scapulum ; 3° la tête de l'humérus parsemée de tubercules osseux et placée au-dessous de l'apophyse coracoïde, qu'elle dépasse à peine en dedans, où elle forme une saillie considérable de deux pouces trois lignes de hauteur ; 4° une capsule fibreuse très dense et très-épaisse, se portant du scapulum à l'humérus, dont elle recouvre un pouce en haut, dix-huit lignes en bas ; 5° le tendon du muscle sous-scapulaire fixé en dedans de la coulisse bicipitale, dans une étendue de plus d'un pouce.

Face postérieure. — Vue par la face postérieure, l'articulation ne présente pas moins de difformité. La fosse sous-épineuse et le bord correspondant de la cavité glénoïde paraissent normaux. L'humérus repose sur ce dernier et le dépasse de six lignes en bas et de deux en arrière ; il est applati et a la forme d'une pyramide triangulaire, épaisse d'un pouce en haut et de deux pouces en bas. La portion de capsule qui réunit les deux os est très-dense et leur permet peu de mobilité ; la longue portion du muscle triceps s'insère très-près d'elle, et lui envoie des prolongements.

Il résulte de l'ensemble de cette description que la tête de l'humérus occupe en même temps toute la cavité glénoïde, le col glénoïdien et une petite partie de la fosse sous-scapulaire ; qu'elle est fort applatie, étroite et mince en dehors, renflée en dedans et articulée d'une manière presqu'immobile sur le scapulum par une capsule qui ne mérite ce nom qu'en dedans, où elle recouvre, en effet, une assez grande épaisseur de la tête osseuse, tandis qu'en bas et en dehors, elle s'insère presqu'au point de contact des os.

Intérieur de l'articulation. — L'articulation fut ouverte par la partie supérieure, en incisant le tendon du sus-épineux et la capsule, ou plutôt le ligament court et résistant qui la remplace. L'incision fut prolongée en dedans et en dehors, et ce tissu avait une telle force, qu'il fut impossible de le déchirer dans aucun point, et même en se servant de l'humérus en guise de levier, et en agissant sur des portions isolées. Les deux os séparés, nous vîmes qu'ils se joignaient par une espèce de ginglyme, et que les surfaces de rapport étaient extrêmement déviées de leur forme naturelle.

Surface articulaire du scapulum. — La nouvelle surface articulaire est beaucoup plus large que la naturelle : elle est formée aux

dépens de la cavité glénoïde et de tout le col de cette cavité, jusqu'au-dessous de l'apophyse coracoïde. Il en résulte la disparition complète du bourrelet glénoïdien et du bord qu'il surmonte. Cependant un changement de direction ou de niveau indique très-bien sa situation, et permet de partager cette nouvelle cavité en deux portions ; l'une externe, ancienne cavité normale, encore un peu concave, très-allongée, se réunit par une surface mousse, mais un peu moins saillante, à la seconde ou interne, qui s'incline vers la fosse sous-scapulaire, où elle se termine par un rebord osseux. Cette large surface articulaire a deux pouces cinq lignes de hauteur et un pouce quatre lignes de diamètre transversal à son tiers supérieur, deux lignes de moins à son tiers inférieur. Le tissu osseux est à nu, et on retrouve à peine quelques traces de cartilage et de périoste.

La portion intra-articulaire du biceps est très-volumineuse ; elle s'insère normalement au scapulum, et se continue vers le bord postérieur de la cavité glénoïde avec le bourrelet glénoïdien, qui a acquis un très-fort volume et est ossifié dans une étendue de treize lignes. Une facette de contact existe à la face inférieure de l'apophyse coracoïde.

Surface articulaire de l'humérus. — La tête de l'humérus n'est pas moins altérée : au lieu d'offrir une forme sphérique, elle est fortement creusée dans son milieu, et de haut en bas, par un sillon profond qui la partage en deux portions, l'une externe, assez mince et un peu plus large, irrégulièrement convexe, répond à l'ancienne cavité glénoïde; l'autre, interne, presque plane, très-épaisse, appuyée sur le prolongement en dedans de la nouvelle surface articulaire du scapulum. Le sillon profond que nous avons noté est en rapport avec l'angle mousse, qui divise en deux la cavité de réception de l'omoplate. L'humérus a, dans sa surface articulaire, deux pouces trois lignes de hauteur, deux pouces de largeur, et deux pouces neuf lignes en mesure oblique. La substance osseuse est à nu, et il n'existe que des traces à peine sensibles de cartilage sur les points les moins exposés au frottement.

L'humérus tout entier est moins long et moins gros que celui du côté sain, ce qui explique comment le bras ne paraissait pas allongé pendant la vie.

M. Sédillot, qui a vu le malade et qui a disséqué les pièces avec M. Rufz, qui en a rédigé et publié l'observation accompagnée de dessins, accorde bien qu'il y avait là une luxation

incomplète ; mais il présume qu'elle n'existait point ainsi de prime-abord, qu'elle n'a pris ce caractère que secondairement. Pour moi, je ne puis, tout en appréciant la valeur des recherches et la force des objections de M. Sédillot, je ne puis, dis-je, partager son opinion sur ce point, et je regarde ce cas comme un exemple bien constaté de luxation incomplète de l'humérus en dedans.

§ 3. — *Luxations antéro-internes ou axillaires.* — En se portant vers l'aisselle, la tête de l'humérus ne contracte pas toujours les mêmes rapports avec les parties voisines ; de là les différentes espèces de luxations du bras qu'on a voulu établir de nos jours. Je dirai à ce sujet que, sans imiter les auteurs classiques qui ont écrit jusqu'à présent sur ce sujet, et qui n'établissent presqu'aucune distinction entre les différentes sortes de luxations axillaires, il serait pourtant bon de ne pas suivre ou imiter non plus les expérimentateurs modernes au point d'en multiplier inutilement les variétés.

La luxation que M. Sédillot nomme intercostale, parce que la tête de l'humérus avait passé entre deux côtes pour se loger dans la poitrine, mérite-t-elle réellement le titre de luxation de l'humérus? Ne faudrait-il pas en faire une autre espèce alors du cas rapporté par Percy, et dans lequel on voit que le bras avait traversé le thorax de part en part? Je ne pense pas non plus que les luxations sous-coracoïdienne, scapulo-claviculaire et costo-claviculaire du même auteur soient assez distinctes pour former trois variétés séparées. Les seules dont la pratique réclame le maintien sont, à mon avis, 1° la *luxation sous-pectorale*. 2° la *luxation sous-scapulaire*, et 3° la *luxation sous-claviculaire*. Celles-ci, en effet, ont un mécanisme, un siége et un mode de réduction qu'il est souvent utile de ne pas confondre.

A. Pour moi la luxation mérite le nom de *sous-pectorale*, lorsque la tête de l'humérus s'est placée dans le *creux de l'aisselle*, entre les muscles sous-scapulaire et pectoraux. C'est la luxation en bas des auteurs, la luxation axillaire de M. Sédillot.

Dans la luxation *sous-scapulaire*, la tête de l'os du bras, logée dans la fosse axillaire du scapulum, est séparée du creux de l'aisselle par le muscle sous-scapulaire.

Remontée près de la racine de l'apophyse coracoïde ou de la clavicule dans la luxation *sous-claviculaire*, la tête de l'humérus se trouve alors comme bridée en dessous par la portion supérieure du muscle sous-scapulaire.

La luxation sous-pectorale aura principalement lieu si, au moment du déplacement, le bras se trouve élevé au dessus de l'angle droit sur le scapulum. La capsule se déchire alors en bas et en dedans, de telle façon que la tête de l'humérus glisse sur le bord inférieur ou bien à travers les faisceaux les moins élevés du muscle sous-scapulaire pour se loger sous le grand pectoral, un peu plus haut, un peu plus bas, dans le creux de l'aisselle.

Si le coude est un peu moins élevé, ou à peu-près sur le même plan que l'épaule, lorsque le déplacement s'effectue, soit par cause directe, soit par cause indirecte, c'est au contraire à la luxation sous-scapulaire qu'il faut s'attendre. Quant à la luxation sous-claviculaire, elle n'est guères possible qu'à la suite de violences exercées sur le coude ou sur la main de bas en haut et de dehors en dedans, ou bien à l'occasion d'efforts et de coups portés sur le tiers supérieur de l'humérus dans le même sens, pendant que le coude serait retenu par quelque puissance.

B — Ces trois sortes de luxations offrent des signes différentiels qui, constatés sur l'homme vivant d'abord, puis sur le cadavre par des expériences directes, m'ont paru ne varier que très-peu.

En voici l'indication sommaire et comparative :

LUXATIONS :

1o *Sous-pectorale.*	2o *Sous-scapulaire.*	3o *Sous-claviculaire.*
Muscle grand-poctoral plus ou moins soulevé., bombé. Dépression on creux sous-claviculaire conservé. Acromion très-saillant; dépression considérable du deltoïde. Tête de l'humérus presqu'à nu sous la peau dans l'aisselle, qu'elle remplit; facile à sentir à travers le grand-pectoral d'avant en arrière. Mouvements volontaires et mouvements communiqués généralomcnt, assez faciles. Conde écarté du thorax et. légèrement porté en arrière. Bras plus long de deux à douze lignes que celui du côté opposé. Angle inférieur du scapulum fortement relevé en arrière, écarté de l'épine vertébrale.	Grand-pectoral à peine bombé ou soulevé, creux sous claviculaire à peu près effacé; acromion moins saillant et deltoïde moins tendu; tête de l'humérus séparée de la peau de l'aisselle par une couche épaisse de tissus; on ne la suit que difficilement à travers le grand-pectoral; on peut glisser les doigts entre elle et la paroi interne du thorax. Mouvemens du membre bornés et assez difficiles; produisant une sorte de erépitation; coude écarté du thothorax et porté un peu en avant; bras de quelques lignes plus long, de quelques lignes plus court ou de meme longüeur que celui du côté opposé; tout le bord du scapulum soulevé en arrière.	Grand-pectoral épaissi sans être soulevé; relief à la place du creux sous-claviculaire; saillie acromiale et dépression deltoïdienne plus évidente en arrière qu'en avant; tête de l'humérus au sommet de l'aisselle et difficile à bien sentir; appréciable en avant à travers la portion élevée des muscles deltoïde et grand pectoral; mouvements douloureux et presqu'impossibles à produire; quelquefois de la crépitation; bras légèrement déjeté en arrière, mais à peine écarté du thorax en dehors; membre plus court que du côté opposé; bord postérieur de l'omoplate plus saillant ou plus soulevé en haut qu'en bas.

Je me hâte d'ajouter qu'il ne s'agit dans tout cela que d'une règle générale et non d'un diagnostic absolu. Dans les trois espèces de luxations que j'ai établies, il peut se trouver des nuances assez voisines de l'une ou de l'autre pour embarrasser le praticien, pour en rendre la détermination rigoureuse impossible; dans quelques cas par exemple, que la petite tête de l'humérus soit fracturée ou non, il arrive que la tête cartilagineuse s'engage entre les fibres du muscle sous-scapulaire, soit en bas, soit en haut, soit au milieu, au point d'en rendre le dégagement et la réduction très-embarassants et très-difficiles; mais à en juger que par ce que j'ai observé, ces cas-là doivent être assez-rares.

Le soulèvement de l'angle inférieur, de l'angle supérieur

ou de tout le bord postérieur de l'omoplate, et l'écartement plus ou moins manifeste de la partie de l'épine vertébrale m'ont semblé mériter dans la pratique, une attention qu'aucun auteur, excepté M. Sédillot, ne leur à encore donnée jusqu'ici.

Le *craquement*, l'espèce de crépitation que j'ai mentionnée en parlant de la luxation sous-scapulaire et qui existe aussi quelquefois dans la luxation sous-claviculaire, ne se retrouve point dans les luxations sous-pectorales. Ce bruit est parfois très-fort. Pour le bien entendre, ou le bien sentir, il faut embrasser à pleine main le sommet de l'épaule en appuyant sur l'acromion, pendant que de l'autre main on imprime des mouvements un peu brusques de rotation ou de refoulement au bras. Pouvant faire naître l'idée d'une fracture du col, soit chirurgical, soit anatomique de l'humérus, de la clavicule, de l'acromion, de l'apophyse coracoïde ou de l'omoplate, ce symptôme mérite vraiment d'être étudié avec soin. Tout ce que j'en puis dire, c'est qu'au lieu des caractères de la crépitation fine ou sonore d'un os brisé, il a quelque chose de sourd, de profond, du *croquant* des cartilages, qui indique que deux corps durs et bosselés glissent l'un sur l'autre.

C. — Le changement de *longueur* dans le *bras* est un point de la question qu'il importait d'éclaircir après tout ce qui en a été avancé récemment.

Celse avait déja dit (lib. VIII) que le bras luxé est plus long que l'autre (*longiusque altero id brachium est*. p. 498, édit. Valart) quand la luxation se fait en dedans. Duverney ne s'est pas borné à noter le même fait, il cherche en outre à s'en rendre compte. Le bras est plus long d'après lui (T. 2, p. 142) parceque la tête de l'os se trouve au dessous de la cavité glènoïde. Petit-Radel, qui parle aussi de cet allongement, le précise davantage. On ne l'observe, à l'entendre, que dans les luxations internes ou externes, et c'est un raccourcissement qu'on trouve dans les luxations en avant, c'est-à-dire dans la luxation sous-claviculaire (*Encycloped. méthod.*, part. chir.

T. 1, p. 227); toutefois personne n'avait avancé avant M. Malgaigne que l'allongement du bras fût *constant* dans toute luxation de l'épaule (*Gazet. Med. de Paris* p. 506, 507), que le bras ne peut pas être raccourci dans ces sortes de luxations (*Gaz. Méd.* 1834 p. 161) ni avant M. Sedillot, que l'absence de cet allongement serait inexplicable (*Journal des Conn. Méd. Chir.* t. 2, p. 255.), dans les luxations récentes de l'humérus.

Les données anatomiques, les observations et les expériences invoquées par ces deux auteurs distingués, me portèrent d'abord à partager leur opinion. Voyant d'un autre côté que c'était un moyen presque infaillible de distinguer les luxations des fractures du col de l'humérus, puisque le bras est à peu-près inévitablement raccourci dans celles-ci, je ne négligeai rien pour vérifier le fait. Les trois premiers cas de luxation que je rencontrai, (obs. 6, 8, 9.) offrirent l'allongement indiqué; mais ce fut tout le contraire pour un troisième, puis pour un quatrième et pour un cinquième, (obs. 15, 16 et 17). Les mesures furent prises sur ces divers malades avec tout le soin possible; soit dans les salles soit à l'amphithéâtre de la Pitié, ou de la Charité, en présence d'un grand nombre d'élèves. Les deux bras ont toujours été mesurés dans la même position, c'est-à-dire modérément rapprochés du tronc. Le ruban porté successivement de l'angle postérieur de l'acromion au sommet de l'épicondyle, ou de l'épitrochlée, ou de l'olécrâne, a toujours donné le même résultat, savoir : un allongement manifeste chez les premiers sujets, un raccourcissement évident chez les autres. Frappés de ce fait, que je démontrai vers la fin de 1834 et au commencement de 1835 dans deux leçons cliniques, d'autres observateurs y ont regardé de près à leur tour, et n'ont pas tardé à le confirmer. M. Laugier avait déjà trouvé un demi pouce de raccourcissement dans une luxation qu'il croyait incomplète ; M. Robert m'en a communiqué un exemple plus concluant encore, et M. Maisonneuve, alors mon interne, qui fit une vingtaine d'expériences sur le cadavre, alla même bientôt jusqu'à dire que dans les luxations de l'hu-

mérus, le bras est presque toujours raccourci, (*Thèse*, n° 101, Paris, 1835).

Mais il ne suffisait pas d'avoir constaté que le bras est tantôt allongé, tantôt raccourci dans les luxations de l'épaule : il fallait aussi trouver les circonstances qui amènent plutôt l'un de ces états que l'autre. Or c'est ce que je crois avoir fait.

Lorsque la question fut débattue en 1835 à l'Académie Royale de médecine, je pensais déjà pouvoir expliquer le raccourcissement du bras dans quelques luxations de l'épaule, en admettant que l'omoplate éprouve alors un mouvement de bascule, qui abaisse plus ou moins le sommet de l'acromion et de l'apophyse coracoïde, en même temps que l'humérus déplacé représente une ligne diagonale eu égard à l'axe qu'on tire de l'acromion à l'épicondyle. Depuis je suis allé plus loin : ayant opéré des luxations sur le cadavre, j'ai pu m'assurer qu'il y avait, 1° allongement de quelques lignes, d'un demi-pouce, d'un pouce même, mais jamais de deux pouces, comme on l'a dit (par inadvertance sans doute), dans les luxations sous-pectorales ; 2°, une longueur à peu près égale, de deux à trois lignes en plus ou en moins que du côté sain, dans les luxations sous-scapulaires ; 3°. un racourcissement variant de quelques lignes à un pouce, dans les luxations sous-claviculaires. Faisant ensuite l'application de ces données à la clinique, j'en ai obtenu les mêmes résultats et je ne les ai point encore trouvés en défaut.

D. Renonçant à l'idée d'un allongement inévitable, M. Sédillot, qui avait observé quelques-uns des malades dont je parle, affirma un peu plus tard, que, loin d'être toujours allongé, le bras luxé doit être constamment raccourci quand on prend la précaution de le tenir dans la position horizontale, c'est-à-dire à angle droit sur le tronc, pendant qu'on en prend la mesure comparative. La tête de l'humérus, ayant glissé du côté de la fosse sous-scapulaire, doit en effet se trouver, avec une pareille position, sur un plan postérieur à celui de la cavité glénoïde et rendre indispensable le raccourcissement du mem-

bre. C'est un phénomène indiqué d'une manière si positive par les rapports organiques, que je n'ai point hésité à le consigner dans la troisième édition de mon *Traité d'anat. chirurg.* Cependant l'ouvrage n'était point encore livré au commerce, que l'observation avait déjà démenti la loi imaginée par M. Sédillot et adoptée par moi, comme elle avait démenti celle de M. Malgaigne deux ans auparavant.

Obs. IVe.— Le 5 septembre 1836, on me conduisit, à la Charité, pendant la visite, un homme âgé de 27 ans, boucher, très-fortement musclé. Il s'était luxé l'épaule gauche le matin même en tombant sur le coude. Tous les signes de la luxation sous-scapulaire existaient. Mesuré le long du tronc, le bras luxé offrit une longueur égale à celle de l'autre. Relevé à angle droit, il se trouve *un peu plus long* (de quatre lignes). Surpris de ce résultat inattendu, je répétai et fis répéter l'expérience un grand nombre de fois et de toutes les façons possibles, sans pouvoir obtenir autre chose. Le fait étant bien constaté, il fallut donc faire céder l'impossibilité anatomique à l'examen clinique. J'opérai la réduction au moyen de l'extension horizontale, et malgré la force, la puissance musculaire du sujet, nous réussîmes à la première tentative.

Ne voulant admettre ce cas qu'à titre d'exception, j'espérais bien rencontrer le raccourcissement annoncé par M. Sédillot, sur les autres malades qui nous viendraient; mais il n'en a rien été. Les six sujets qui nous ont permis de mesurer comparativement les bras dans cette position, ont offert tous les six un allongement réel, n'ont du moins présenté aucun raccourcissement du côté luxé, (obs. 4, 7, 14, 14 bis, 11, 19). Cet allongement était même de près d'un pouce chez l'un d'eux, (obs. 11). Le fait a été constaté dans la salle par un grand nombre de personnes différentes, et en plein amphithéâtre en présence de plus de trois cents élèves. Au lieu d'être l'exception, c'est donc véritablement la règle. J'avoue du reste, qu'il me paraît difficile de l'expliquer. A moins d'admettre qu'en relevant le bras on fasse assez basculer l'acromion et la cavité glénoïde en arrière, pour augmenter d'un à deux pouces l'es-

pace qui sépare naturellement l'extrémité antérieure de l'épine du scapulum de l'épicondyle, je ne comprends pas un pareil allongement. Des expériences sur le cadavre donneraient promptement le mot de l'énigme, sans doute ; mais je n'ai pas encore eu le temps de m'y livrer.

E. L'application des remarques précédentes à la pratique, est surtout importante quand il s'agit de faire un choix entre les nombreuses *méthodes* qui ont été vantées pour réduire les luxations de l'épaule. Si j'en crois ma propre expérience, en effet, c'est faute d'avoir fait attention aux différences établies plus haut, que les praticiens sont si peu d'accord sur la valeur, soit relative, soit absolue, de chaque mode de réduction. En préconisant un procédé quelconque à l'exclusion de tout autre, comme on l'a fait généralement jusqu'ici, il était impossible d'arriver à rien d'exact ; car celui qui convient le mieux dans l'une des espèces de luxations signalées, sera peut-être le moins favorable de tous dans les autres espèces. Envisageant la question sous ce point de vue, je suis arrivé aux résultats suivants : 1° l'extension verticale, le membre étant relevé du côté de la tête, est la meilleure pour les luxations sous-pectorales ; 2° pour les luxations sous-scapulaires, c'est l'extension horizontale qui réussit le plus promptement ; 3° dans les luxations sous-claviculaires, l'extension oblique en bas, puis horizontale, convient mieux que les deux précédentes. J'ajouterai que dans la plupart des cas simples, chacun de ces procédés peut suffire, et que c'est précisément là ce qui les a fait adopter tous.

Extension verticale. La méthode qui consiste à relever le bras du côté de la tête, jusqu'à ce qu'il soit presque parallèle à l'axe du corps, et à faire l'extension dans cette direction date déjà de près d'un siècle. White en 1748, H. Thomson en 1761, l'ont d'abord vantée. Portal qui écrivait en 1768, semble l'indiquer dans son Précis de chirurgie ; depuis Mothe, qui croit l'avoir imaginé en 1775, elle a été successivement rappelée par J. Bell en 1809, Delpech en 1816.

M. Goss (*Gaz. Méd.*, p. 865, 1833.), prétend même l'avoir vue employer plus de quarante fois à l'hôpital Midlessex. Comment se fait-il donc qu'il n'en fût presque plus question, lorsque M. Malgaigne essaya d'en faire ressortir les avantages en 1832? Ne serait-ce pas, parceque l'ayant entendu vanter comme préférable dans tous les cas, les praticiens voyant qu'elle échouait souvent, en auront conclu qu'elle ne valait rien du tout! La dessus il fallait interroger l'expérienee. Une fois, deux fois, trois fois, quatre fois, elle me réussit parfaitement bien, soit que j'y eusse recours de prime-abord, soit que j'eusse préalablement mis la méthode ordinaire à l'épreuve. Dans d'autres cas (obs. 10, 12, 17.), elle échoua; je n'obtins la réduction ni à la première, ni à la deuxième, ni à la troisième tentative, tandis que par les autres modes d'extension je réussis sans peine et du premier coup, même chez une femme dont la luxation datait de 46 jours, (obs. 13). L'examen des faits semble indiquer la raison de cette différence.

L'élévation du bras qui, dans la luxation sous-pectorale, ramène sans effort la tète de l'humérus sous le bord du muscle sous-scapulaire, vers le bord antérieur de l'omoplate, et qui permet dès-lors de faire rentrer cette tête dans la capsule articulaire, dans la cavité glénoïde, n'offre plus les mêmes avantages quand il s'agit des autres espèces de luxations. Ce mouvement de bascule, cette espèce de détour qu'on fait exécuter à la tête déplacée, par exemple, favorisant le plissement ou le roulement de quelques faisceaux du muscle sous-seapulaire et de la capsule, entre le bord de la cavité articulaire et le col anatomique de l'humérus, dans les luxations sous-claviculaires et sous-scapulaire, ne peut que nuire en pareil cas au but du chirurgien. Les tractions un peu obliques d'abord, horizontales ensuite, font au contraire que la tête de l'os retrouve facilement le passage de la capsule ou la boutonnière du muscle, et que celui-ci tend plutôt à remettre les surfaces articulaires en contact qu'à les écarter pendant l'extension, si la luxation est sous scapulaire ou sous claviculaire.

En me conformant depuis à ces principes, j'ai pu, l'espèce de luxation étant reconnue, dire avant de commencer : Ici, c'est tel genre de traction qui réussira le mieux.

Il est cependant juste de dire que, même dans les luxations sous-pectorales, les tractions horizontales réussissent presque aussi bien que l'extension verticale, et qu'en définitive cette dernière méthode, digne d'ailleurs d'être conservée dans la pratique, n'y restera cependant, selon toute apparence, qu'à titre de méthode exceptionnelle.

J'ai mis en usage l'extension verticale, de plusieurs manières différentes. La première fois, en 1834, à l'hôpital de la Pitié, chez une femme, (obs. 8) ; je fis coucher la malade sur le dos, très-près du bord de son lit ; après avoir relevé le membre étendu, je le confiai à un aide qui appuyait de son pied sur le bord supérieur de l'épaule, de manière à faire ainsi la contrextension, pendant qu'il tirait de ses deux mains sur le poignet, et que je favorisais la rentrée de la tête de l'humérus dans la cavité glénoïde. La réduction s'opéra sans difficulté aucune. Une autre fois, au commencement de 1835, je fis asseoir le malade sur une chaise à l'amphithéâtre, près de la table à opérations. M. Maisonneuve, alors mon interne, monta sur la table, puis il opéra la contrextension en fixant un de ses pieds sur l'épaule luxée, en même temps qu'il tirait sur le membre dans l'axe du corps, et que je dirigeais la réduction. Dans quelques cas (obs. 5.) il suffit de monter sur un tabouret et de tirer en élevant le bras, pendant que quelqu'autre aide fixe l'épaule avec le genou, la main, ou une serviette, et que le chirurgien repousse la tête osseuse de bas en haut avec ses mains. Il est bon encore que l'angle inférieur de l'omoplate soit fixé d'une manière quelconque contre la poitrine.

§ IV. — *Observations particulières.*

Les observations suivantes montreront, je crois, que les distinctions précédentes ne seraient pas sans quelque valeur

dans la pratique, si les chirurgiens venaient à en constater la justesse. Je les diviserai en quatre groupes.

A. Luxations sous-pectorales, (obs. 5, 6, 7, 8, 9,).

B. Luxations sous-scapulaires, (obs. 10, 11, 12, 13, 14, 14 bis, 15, 16).

C. Luxations sous-claviculaires, (obs. 16, 17).

D. Luxations accompagnées de circonstances spéciales.

Ier. GROUPE. — LUXATIONS SOUS-PECTORALES.

OBS. Ve. — *Luxation sous-pectorale. Allongement vertical. Réduction par les tractions verticales.* — Une dame âgée de 72 ans, près de laquelle me firent appeler MM. les docteurs Barbet et Marie, au mois de juin 1835, s'était pour ainsi dire pendue par la main droite à une échelle, en tombant de la hauteur d'une croisée dans ses appartements. Le coude écarté du tronc, la saillie de l'acromion, la dépression et la tension du deltoïde, le creux sous-claviculaire augmenté, la tête de l'humérus dans l'aisselle et sous la peau, entre les muscles grand-dorsal et grand-pectoral, indiquaient assez une luxation axillaire. Le bras était d'ailleurs plus long que l'autre d'un demi-pouce. On l'élevait sans causer beaucoup de douleur. C'était tout le contraire quand on voulait le rapprocher du thorax.

Nous procédâmes immédiatement à la réduction. L'accident datait de deux heures. La malade resta placée sur une chaise basse. MM. Marie et Monela s'emparèrent du membre, le soulevèrent par degré du côté de la tête, à un quart au-dessus de l'angle droit. Pendant qu'ils exerçaient, dans cette direction, une extension modérée, M. Barbet appuyait d'une main sur l'épaule. Refoulant moi-même la tête de l'humérus de bas en haut, je crus bientôt pouvoir prescrire l'abaissement du bras, que je rendis aussi rapide que possible par un mouvement de bascule, et les parties reprirent instantanément leurs rapports de l'état normal. La longueur du bras se trouva dès-lors égale des deux côtés, et les mouvements redevinrent sur-le-champ faciles dans l'articulation.

OBS. VIe. recueillie par M. Lacombe. — *Luxation sous-pectorale. Allongement vertical. Procédé de Mothe.* — Desjardin, (Jean

âgé de 57 ans, chaudronnier, est entré le 5 février 1835, à l'hôpital de la Pitié. Ce malade, assez fort, un peu maigre, se porte habituellement bien. Il y a deux jours, que mettant un tuyau de poële dans une cheminée, il tomba de neuf à dix pieds de haut. Resté d'abord sans connaissance, il ne sait pas s'il est réellement tombé sur l'épaule gauche, qui est très-douloureuse. Le malade ne peut pas mouvoir son membre de bas en haut; il peut cependant, sans trop de douleur, le porter d'arrière en avant. Le deltoïde est déprimé; l'apophyse acromion est très-saillante; on peut facilement déprimer les téguments au-dessous. La tête de l'humérus portée un en avant, au-dessous de la clavicule, soulève le grand pectoral; le membre est allongé d'environ un demi-pouce, qu'on le mesure soit de l'épitrochlée, soit de l'épicondyle, soit de l'olécrâne à l'un des angles de l'acromion, soit qu'on le rapproche autant que possible du tronc, soit que le coude reste écarté en dehors et en arrière. — Le 6, on procède à la réduction de la luxation : un aide élève et maintient le membre presque parallèlement au tronc; le chirurgien lui fait exécuter ensuite un mouvement de bascule, en même temps qu'il refoule la tête humérale vers la cavité glénoïde. La première tentative ne réussit pas; la deuxième, où l'aide a le pied fixé sur l'omoplate, est suivie d'un plein succès. Le malade est assis sur une chaise, l'aide est monté sur une table. — Le 7, on maintient le bras rapproché du tronc, au moyen d'une bande; aucun accident, ni général, ni local. — Le 12, le malade éprouvant à peine de la gêne dans les mouvements de l'épaule, sort de l'hôpital.

Obs. VIIe. recueillie par M. Moissenet, interne. (hôpital de la Charité). — *Luxation sous-pectorale droite. — Allongement dans les deux sens. Extension verticale.* — Brunet (Louis), âgé de 39 ans, entré salle Sainte-Vierge le 26 avril 1837, nous raconte que, le 18 au soir, lorsqu'il atteignait le haut d'une rampe d'escalier, un de ses pieds ayant été retenu par le rebord de la dernière marche, il est tombé de côté, sur le pallier, en étendant le bras droit vers le mur. Mais ce point d'appui n'a été rencontré par le coude et l'avant-bras demi-fléchi, que lorsque l'équilibre ne pouvait plus être rétabli; de sorte que l'articulation de l'épaule droite a subi sous le poids du corps une extension forcée. Immédiatement après cette chute, il a si peu souffert qu'il a pu se déshabiller et s'endormir comme s'il n'avait éprouvé qu'une légère contusion. Cependant, au milieu de la nuit il a été réveillé par de vives douleurs dans l'épaule, et c'est alors seulement qu'il a

commencé à s'apercevoir que les mouvements du bras étaient devenus très-difficiles. Pendant les trois ou quatre jours suivants, il a fait sur la partie malade des applications d'eau-de-vie et d'eau de savon, qui ont fait disparaître le gonflement et la douleur. La gêne des mouvements a persisté, et les efforts que fait le malade, pour étendre son bras en-devant, produisent dans tout le membre thoracique un engourdissement et des fourmillements qui l'empêchent de reprendre son métier de tailleur. C'est ce qui le décida à venir à l'hôpital huit jours après l'accident.

Cet homme a eu jadis la clavicule droite fracturée dans son milieu. On voit encore en ce point un cal assez volumineux. Il n'a jamais eu de luxation de l'épaule ni de fracture des bras.

Examen de la partie malade. — L'acromion fait une saillie considérable en dehors, ce qui donne à l'épaule une forme anguleuse très prononcée. Si l'on déprime avec le doigt les faisceaux externes du muscle deltoïde, tendus perpendiculairement au-dessous de cette apophyse, on ne sent point la tête arrondie de l'humérus, et l'on n'est arrêté que par la surface glénoïdienne. — Au niveau du tiers externe du grand pectoral, à deux ou trois travers de doigt de la clavicule, existe une bosse arrondie qui est due au soulèvement des parties molles par un corps dur, que l'on fait tourner sur place, sans douleur ni craquement, en imprimant au bras de légers mouvements de rotation sur son axe. C'est évidemment la tête de l'humérus sortie de sa cavité normale. — L'angle postérieur et inférieur de l'omoplate est soulevé, et plus écarté du sillon dorsal que celui du côté gauche. La différence de cet écartement est de deux centimètres. La même différence existe pour l'angle supérieur. La région sous-épineuse est plus oblique en devant et en dehors que celle du côté sain, et le relief du muscle sous-épineux dont les fibres sont distendues, est tout-à-fait effacé. — Le coude est écarté du tronc et porté un peu en arrière : on peut, sans déterminer de douleur, le ramener sur le côté et même un peu en devant, mais non le rapprocher du thorax. Ces mouvements font remonter la saillie sous-pectorale. Si l'on examine la face externe et postérieure du bras, on voit, au niveau de l'insertion deltoïdienne, une dépression très-marquée, dont on augmente la profondeur en élevant le coude en dehors. Si, en maintenant cette position, on palpe le creux axillaire, on sent derrière sa paroi antérieure la tête de l'humérus au-dessous de la peau. L'élévation du coude au-devant de la poitrine est impossible. L'élévation du bras en dehors peut être portée jusqu'à la position horizontale.

La réunion de tous ces signes ne permet pas de douter de l'existence d'une luxation de l'épaule en bas et en avant ; luxation dite *axillaire* par M. Sédillot, *sous-pectorale* par M. Velpeau. Il n'y a ici aucun signe de fracture du col de l'humérus ni des os de l'épaule, ni aucune autre complication.

Pour compléter la collection des signes de cette luxation, nous avons mesuré comparativement les deux bras, d'abord dans la position verticale, c'est-à-dire abaissés le long du thorax, puis dans la position horizontale en dehors, en prenant pour points fixes de nos mesures la saillie postérieure de l'apophyse acromion et l'épicondyle. Dans la première position, le bras luxé est plus long que l'autre de près de deux centimètres ; dans la seconde, d'un centimètre seulement.

Le 28, la luxation est réduite de la manière suivante : le malade étant couchée sur un plan horizontal, un aide fait la contre-extension en déprimant l'épaule avec le pied. M. Velpeau, après avoir étendu le membre luxé, lui fait décrire un demi-cercle horizontal et en confie l'extrémité à l'aide vigoureux qui, placé vers la tête du malade pour la contre-extension, est chargé d'exercer, dans la direction de l'axe du corps, de fortes tractions. En même temps, le chirurgien fait la coaptation ; dès que la tête de l'os est dégagée de dessous les muscles pectoraux et placée en face de la cavité glenoïde, il s'empare du bras luxé avec la main gauche et le ramène promptement sur le côté du thorax, tandis qu'avec sa main droite il refoule la tête de l'humérus en dehors et en haut. Une seule tentative a suffi pour opérer la réduction, qui n'a pas été douloureuse.

Avant d'envelopper le bras d'une écharpe, on le mesure de nouveau comparativement à l'autre, et on les trouve parfaitement égaux. — Le 29 Brunet sort de l'hôpital.

Obs. VIIIe. recueillie par M. Poumet.—*Luxat. sous-pect. de l'épaule droite. Alongem. vert. Procédé de Mothe.*—Marie Rotel, âgé de 57 ans, marchande, est entrée le 10 février 1835 à l'hôpital de la Pitié. Cette femme avait fait une chute la veille, ayant une hotte chargée sur le dos, et son bras droit se luxa. Le matin 11, on constate tous les caractères d'une luxation en bas ou sous-pectorale. Il y a douleur, gonflement, ecchymose, dépression sous la clavicule entre les muscles grand-pectoral et deltoïde à plus d'un pouce du bec caracoïdien ; le bras est allongé de six à huit lignes ; le coude est porté en dehors. Cette luxation a été réduite en faisant tirer le bras du côté de la tête de la malade, mais suivant une direction oblique

de bas en haut et de dedans en dehors, la femme étant au lit. La tête de l'os rentra facilement, sans bruit ni secousse. Étant rapprochée du bord de la cavité glénoïde, elle rentra en entier; mais successivement et insensiblement, au fur et à mesure que l'on abaissait le bras.

On voit ensuite, à la partie moyenne du membre, une large ecchymose produite par la pression de la bretelle de la hotte. —Eau-de-vie camphrée sur l'épaule; le bras est tenu en écharpe. Mêmes moyens jusqu'au 16. Rotel sort le 17.

Obs. IXe. recueillie par M. Poumet. — *Luxation sous-pectorale de l'épaule droite, allongement vertical. Procédé de Mothe.* — Flousart, âgé de 63 ans, tanneur, est entré, le 21 octobre 1834 à l'hôpital de la Pitié. Cet homme est tombé la veille le bras en avant. Il présente les symptômes suivants : le coude est porté en dehors et en arrière; l'acromion est saillant; le deltoïde est déprimé; la tête humérale est logée sous la peau de l'aisselle; le creux sous-claviculaire est maintenu; le bras est allongé.

La réduction a été tentée ce matin à la visite, d'après le procédé de M. Mothe; on a obtenu un plein succès à la première tentative. Le malade était couché sur son lit. On a fixé ensuite des compresses imbibées d'eau-de-vie camphrée. Sortie le 24 octobre.

IIe. GROUPE. — LUXATIONS SOUS-SCAPULAIRES.

Obs. Xe. — *Luxation sous-scapulaire droite. Tractions verticales sans succès. Extension horizontale. Réduction facile.* — M Solaville, âgé de 24 ans, étudiant en médecine, tombe dans un escalier. Le bras, d'abord écarté à angle droit, a été refoulé ensuite en arrière. Une douleur violente, qui arrache des cris perçants au malade, se fait aussitôt sentir et se maintient dans toute l'aisselle. J'arrive quatre heures après. M. Tanquerel-des-Planches avait également été appelé. Le bras, de deux à trois lignes plus court que l'autre, est dévié en dehors et légèrement en arrière du côté du coude. On sent la tête de l'humérus profondément dans le creux de l'aisselle. La dépression sous-claviculaire est effacée; l'affaissement sous-acromial et tous les autres signes de la luxation existent d'ailleurs au plus haut degré.

Nous tentons la réduction par le procédé de M. Mothe à deux reprises différentes, mais sans succès. Alors je fis placer le malade sur une chaise; un drap placé en cravate sous l'aisselle servit à

faire la contre-extension. L'extension fut exercée par deux aides, qui s'emparèrent de la main et du poignet; une quatrième personne pressait le haut de l'épaule avec ses mains. Les tractions eurent lieu dans le sens horizontal. Lorsque je les jugeai suffisantes, je m'emparai du bras comme d'un levier du premier genre, et j'abaissai brusquement le coude par un mouvement de bascule. La réduction s'opéra ainsi du premier coup, sans difficulté et n'a été suivie d'aucun accident.

Obs. XIe. (Recueillie par M. Gros-Lambert.) — *Allongement horizontal. — Luxation sous-scapulaire du bras gauche.* — Est entré, le 19 janvier 1837, à l'hôpital de la Charité, le nommé Lafont, âgé de 32 ans, tailleur, demeurant à Paris. Il a fait, le 16, une chute sur le bras gauche, sans savoir au juste comment, et est entré à l'hôpital dans l'état suivant :

Le coude gauche est écarté du tronc de quatre à cinq pouces; impossibilité pour le malade de le rapprocher du corps; dépression au niveau du deltoïde au-dessous de l'acromion, qui fait saillie à la partie externe de l'épaule, où le toucher ne peut constater la présence de la tête de l'humérus; l'angle inférieur de l'omoplate est plus écarté de la ligne médiane que dans l'état normal; on sent une tumeur arrondie, dure, dans l'aisselle, un peu au-dessous et à la partie interne de l'apophyse coracoïde. Mis dans une position analogue le long de la poitrine, et mesurés de l'angle postérieur de l'acromion à l'épitrochlée, les deux bras offrent exactement la même longueur. Soulevés à angle droit et d'une manière égale des deux côtés, puis mesurés à partir des mêmes points, ils présentèrent au contraire cette différence singulière que le bras gauche se trouve d'un pouce plus long que l'autre. Pour s'assurer qu'il n'y a pas erreur sous ce rapport, plusieurs personnes renouvellent l'expérience le dimanche matin, puis le lundi, au lit du malade. Le ruban est successivement adressé à toutes les saillies de l'acromion et du coude sans donner d'autre résultat. Il en est de même à l'amphithéâtre, où les mesures sont prises de nouveau en présence de tous les élèves. Les premières tentatives de réduction dirigées directement en dehors et horizontalement ont rétabli sans peine les surfaces articulaires dans leur état normal. On soutint le membre réduit dans une écharpe, et le malade sortit le lendemain n'ayant plus besoin que de ménagements.

Obs. XIIe. (Recueillie par M. Agneli.)—*Luxation sous-scapulaire. Craquement des surfaces, simulant la fracture du col de l'humérus. Réduction par l'extension, la contre-extension et la coaptation ordinai-*

res. — Michot (Suzanne), 65 ans, marchande, bonne constitution, fit, il y a trois jours, une chute dans un escalier sans savoir précisément comment était placé son bras droit, qui, depuis ce moment, est resté douloureux dans son articulation avec l'épaule. Elle se releva seule, ne put se servir de ce bras et garda la chambre.

Aujourd'hui (23 juin 1835) elle présente : le coude droit écarté de la base de la poitrine et incliné en devant, avec impossibilité de le mouvoir en avant et en arrière ; elle peut le rapprocher du tronc mais lentement ; néanmoins elle ne peut mettre la main sur sa tête. Il y a une concavité à la partie externe de l'épaule, avec saillie de l'acromion. Lorsqu'on met le bras à l'angle droit, il n'y a pas de dépression sous-claviculaire de ce côté. Dans l'aisselle, on sent très-distinctement, au-dessous, la tête de l'humérus qui se meut lorsqu'on remue le membre. Le bras, mesuré de l'acromion à l'épicondyle, est plus long d'environ trois lignes que celui du côté gauche. Dans les mouvements du bras, on sent très-distinctement *un craquement* produit par des surfaces raboteuses, mais non une crépitation nette; de sorte qu'il est probable qu'il n'y pas fracture du col de l'humérus, et qu'il s'agit d'une luxation sous scapulaire. La réduction a été essayée une première fois par l'élévation du bras parallèlement à l'axe du corps et n'a pas réussi. On n'insiste pas dans la crainte d'une luxation compliquée de fracture.

Le 24. L'allongement du membre n'a pas été retrouvé. Aujourd'hui, on devra maintenir le bras appliqué sur le côté de la poitrine avec une bande et une serviette en écharpe.)—3 juillet. Depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, et depuis que le bras est maintenu appliqué sur la poitrine, les mouvements sont déjà plus libres; elle lève le coude à angle droit, avance et recule le bras. La réduction essayée de nouveau, mais par les moyens ordinaires, c'est-à-dire, par l'extension horizontale, est opérée. (Maintenir le bras contre la poitrine.

Le craquement et tous les autres symptômes ont disparu. Les mouvements ne sont plus génés, et elle peut se servir de son bras sans aucune douleur. Sortie le 12 juillet.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. La longueur d'abord plus grande, puis moins grande du bras, est un phénomène qui démontre, contrairement à ce qu'en ont dit quelques chirurgiens modernes, que la tête de l'humérus est susceptible dé déplacements consécutifs. Joint à cette particularité, le craquement, la crépitation très-pro-

noncée dont l'épaule était le siége, eussent aisément fait croire à une fracture du col anatomique de l'os, soit simple, soit compliquée de luxation. Aussi MM. Sédillot, Hypp. Larrey et quelques autres praticiens qui virent la malade, restèrent-ils dans le doute, comme moi, pendant plusieurs jours. Ayant constaté depuis le même bruit, et l'expliquant par le frottement de l'os du bras contre le côté interne de la cavité glénoïde, il m'a servi à caractériser les luxations sous-scapulaires et sous-claviculaires. Un malade que j'ai vu en mai 1837 avec M. Bérard aîné, à l'hôpital Saint-Antoine, et qui offrait ce craquement au plus haut degré, a complètement justifié mes remarques sous ce rapport.

Obs. XIII[e]. (recueillie par M. Monnier.)—*Luxation ancienne.* — Lévêque, née à Hyères (Seine-et-Oise), âgée de 55 ans, journalière, est entrée le 9 mars 1836 à l'hôpital de la Charité. Cette femme étant malade et dans le délire, tomba de son lit sur le côté droit et se luxa le bras, il y a six semaines. L'examen de la partie malade présente les phénomènes suivants : le bras luxé est à peu près de la même longueur que l'autre, si on le mesure du sommet de l'apophyse olécrane, ou de l'épicondyle au bord le plus saillant de l'acromion. Les mouvements sont impossibles par la volonté de la femme, qui d'ailleurs souffre peu. L'épaule est déprimée, le deltoïde tendu comme une corde. On sent sous les doigts une cavité au-dessous de l'apophyse acromion. L'aisselle n'est point dans l'état normal; une tumeur arrondie, dure, remplit cette cavité. On soulève le bras à angle droit; les mouvements en avant et en arrière sont impossibles. L'humérus se meut en totalité. Les tendons des grands et petits ronds, qui forment le bord postérieur de l'aisselle, sont tendus. La face externe du bras paraît incurvée comparativement à celui du côté opposé. Enfin, en examinant avec soin où est placée la tête de l'humérus, on s'aperçoit qu'elle est logée un peu au-dessous de l'apophyse coracoïde dont elle n'est séparée que de trois à quatre lignes, et dans la fosse sous scapulaire.

— L'humérus ne crépite pas; les tissus ne portent aucune trace d'ecchymose. Cette femme est arrivée à l'hôpital sans qu'on se soit douté de ce qu'elle pouvait avoir; par conséquent on n'a fait aucune tentative de réduction. L'ensemble de l'individu est celui d'une femme cacochyme, malingre; sa voix paraît

altérée ; elle tousse souvent et paraît affectée d'une maladie de poitrine ancienne ; elle est frêle et de petite taille.

Le 10 mars, on fait la réduction avec un plein succès et d'après la méthode ordinaire, qui consiste à faire des tractions horizontales, pendant que l'opérateur cherche à faire remonter la tête de l'humérus dans sa cavité articulaire. — Le lendemain, la malade se trouve beaucoup mieux : sa voix a changé de timbre, les douleurs se sont calmées, et elle a dormi. Le lendemain (13 mars), au lieu de l'appareil contentif qui avait été appliqué après la réduction, on se contente de mettre le bras malade dans une écharpe.

14 Mars. On recommande de soutenir et emboiter le membre malade, attendu que, sans cette précaution, la luxation est sujette à récidiver.

16 Mars. Cette femme commence à exécuter quelques mouvements.

20 Mars. Elle sort de l'hôpital.

Obs. XIVe. (Recueillie par M. Fortineau.)—*Luxation sous-scapulaire. Longueur égale des deux bras.* — Jules Comte, corroyeur, âgé de 68 ans, est entré le 3 mars 1837, à la Charité. Cet homme bien conservé, fort, est tombé avant-hier de sa hauteur; il soutient qu'il n'était point ivre, et cependant il ne peut dire comment il est tombé. Depuis sa chute, il n'a pu se servir de son bras droit.

Aujourd'hui, on constate que l'épaule droite est beaucoup plus saillante que la gauche; elle semble gonflée ou le siége d'une infiltration. La clavicule de ce côté est moins apparente que celle de l'autre ; son extrémité acromiale semble abaissée. Ce n'est qu'avec douleur que le bras se rapproche du corps; il y a un vide sous l'acromion; le creux sous-claviculaire a disparu; dans l'aisselle, on sent une grosseur que l'on reconnaît pour être l'extrémité supérieure de l'humérus. En ébranlant cet os, M. Velpeau diagnostique une luxation sous-scapulaire dont les signes sont : creux sous-claviculaire en partie effacé; coude porté en avant plutôt qu'en arrière ; les deux bras, rapprochés du corps, sont de la même longueur ; il en est de même quand on les relève à angle droit sur le tronc.

M. Velpeau procède à la réduction en tirant horizontalement, puis en abaissant tout d'un coup le bras. La réduction s'est faite assez facilement; cependant on a été obligé d'y revenir à deux fois. On soutient le bras dans une écharpe.

Le lendemain, il y avait déjà une vaste ecchymose recouvrant

tout le moignon de l'épaule. Elle s'est dissipée presque en totalité en quatre jours; le malade a pu sortir de l'hopital le 7.

Obs. XIVe bis. (recueillie par M. Groslambert). — *Luxation sous-scapulaire droite. Extension horizontale. Réduction facile. Allongement horizontal.* — Est entré, le 20 juin 1837, salle Sait-Jean, nº 1, à la Charité, Jacques Greffier, âgé de 55 ans, paveur. Cet homme, étant ivre, tomba de sa hauteur sur le côté droit et se démit l'épaule.

Le lendemain de l'accident, tel était l'état des parties :

Le coude est écarté du tronc et porté en avant; le malade ne peut lui-même imprimer des mouvements au membre; lorsqu'une main étrangère cherche à le rapprocher du tronc, la douleur est vive; l'épaule est déformée; sa sphéricité a disparu; l'acromion est saillant; au-dessus de cette apophyse, on ne sent point par le toucher la tête de l'humérus comme dans l'état normal, le deltoïde est manifestement tiraillé, distendu et allongé. On voit ses fibres se contracter spasmodiquement tantôt dans un point, tantôt dans un antre, sons l'influence de l'irritation causée par leur distension forcée et permanente. Cette contraction partielle et continue des fibres a lieu sans que le malade veuille imprimer aucun mouvement à son bras et dans l'état de repos le plus complet. Le creux sous-claviculaire est un peu effacé. — La main portée dans le creux de l'aisselle trouve une tumeur dure, non sous-cutanée, mais un peu enfoncée dans la profondeur des tissus, les deux bras dans leur position naturelle, c'est-à-dire pendants à côté du corps, étant mesurés avec la plus scrupuleuse attention, sont exactement de même longueur. Dans la position horizontale, le bras luxé est d'un centimètre et demi plus long que l'autre, soit qu'on le dirige en avant, soit qu'on l'incline antant que possible en arrière.

Réduction. — On place sous l'aisselle, du côté malade, un coussin sur lequel on applique la partie moyenne d'un drap plié en cravatte, dont les chefs sont confiés à des aides. On applique une serviette sur le poignet, etc., etc.

Les tractions sont dirigées horizontalement d'abord, puis rapidement en bas et un peu en avant, pendant que le chirurgien, tenant à pleine main le bras du côté malade, poussait la tête de l'os dans sa cavité. La tête de l'os rentra sans bruit, ce qui fit que l'extension fut plus énergique et plus soutenue qu'elle n'aurait pu l'être; car rien n'avertissait que les surfaces articulaires fussent déjà en rapport quand elles s'y trouvaient effectivement; on appliqua des compresses imbibées d'eau blanche sur l'épaule, le bras

étant maintenu contre le tronc par quelques tours de bande. Le malade sortit guéri le 28 juin.

Obs. XVe. — *Luxation sous-scapulaire gauche.* — Legrand (Victor-Pierre), âgé de 39 ans, mécanicien, est entré, le 22 décembre 1834, à l'hôpital de la Pitié. D'après ce qu'il dit, cet homme étant chargé, tomba de sa hauteur le bras gauche sous lui; l'épaule porta contre le sol. La douleur fut violente; il resta sur place, le bras éloigné du tronc. Mesuré avec soin, le bras se trouva raccourci d'environ six lignes avant la réduction. La tête de l'humérus, profondément cachée, paraît s'être logée entre les muscles et la fosse sous-scapulaire, au-dessous de l'apophyse coracoïde. Le coude était porté en avant plutôt qu'en arrière.

La réduction fut faite par la méthode horizontale. On maintint le bras dans une écharpe, il n'y a pas d'ecchymose. Sortie le 6 janvier 1835.

IIIe GROUPE. — LUXATIONS SOUS-CLAVICULAIRES.

Obs. XVIe. — *Luxation sous-claviculaire. Extension horizontale. Réduction facile.* — Un malade âgé de 30 à 40 ans, qui s'était luxé le bras dans une chute, se fit aussitôt transporter à l'hôpital de la Pitié vers la fin de février 1836. M. Maisonneuve, alors interne de ma division, le visita le soir, et reconnut sans peine une luxation sous-claviculaire; et mesurant le membre de l'angle postérieur de l'acromion au sommet de l'épitrochlée, on s'assura que le bras était raccourci de six à huit lignes. On procéda sur-le-champ à la réduction, qui fut aisément obtenue par le procédé ordinaire. Quand je vis le malade le lendemain, il n'existait ni ecchymose, ni difformité à l'épaule. Je le renvoyai le troisième jour.

Obs. XVII. (Recueillie par M. Jewet.) — Garier (Joseph) âgé de 71 ans, portier, entre le 5 janvier 1836 à l'hôpital de la Charité. Ce malade, grand et maigre, glissa et fit une chute violente sur le pavé la veille de son entrée; il ne sait pas exactement quelle partie de son corps a la première frappé le sol; mais il croit que c'est le haut du dos: il n'a pas d'écorchure au coude.

Le 5 janvier, le bras droit est porté un peu en arrière; impuissance complète du membre; si l'on rapproche le coude du tronc, le malade accuse de vives douleurs; il en éprouve moins, si l'on écarte davantage le coude. Le moignon de l'épaule a perdu sa forme arrondie; l'acromion est saillant, et au-dessous de lui est une dé-

pression où l'on peut enfoncer profondément le doigt ; les faisceaux du deltoïde tendu se dessinent à travers la peau. Le creux de l'aisselle est vide ; le devant de l'aisselle est tendu par la tête de l'humérus, qui forme une tumeur arrondie au-dessous de la réunion du quart externe avec les trois quarts internes de la clavicule, appuyée contre le bord interne de l'apophyse coracoïde. Les deux bras étant mesurés comparativement avec un ruban de fil qu'on fait partir tantôt du sommet, tantôt du milieu, tantôt de l'angle externe de l'acromion pour aller à l'épicondyle, donnent toujours un raccourcissement de plusieurs lignes du côté malade ; au moins est-il certain qu'il n'existe pas d'allongement.

Le malade se plaint de douleurs vives ; il n'a point dormi la nuit passée. Une opération à faire oblige M. Velpeau de remettre la réduction de la luxation au lendemain. (Liniment laudanisé.)

Le 6, M. Velpeau répète la mesure comparative avec le même résultat qu'hier ; il en est de même de MM. Dufresse, de Lignerolles, etc. On procède à la réduction et l'on fait d'abord deux tentatives infructueuses par la méthode qui consiste à diriger l'extension de bas en haut, de manière à faire coïncider l'axe du membre avec celui du corps. Puis, on met à exécution l'ancienne méthode par laquelle l'extension se fait à peu près horizontalement, et la réduction se fait au premier essai.

Le bras étant contenu avec une écharpe, le malade sort aussitôt de l'hôpital.

IVe GROUPE. — *Remarques et observations détachées.*

A. LUXATIONS FACILES A RÉDUIRE

XVIIIe Obs. *Luxation de l'épaule (sous-scapulaire).*— Le 28 octobre 1835, le nommé André Dupuis, âgé de 56 ans, se présenta à la Charité, ayant eu l'épaule droite démise à la suite d'une chute. En constatant cette luxation l'élève de garde en opéra la réduction, sans avoir d'autre intention que de voir l'état du membre, avec une facilité qui fit soupçonner que déjà l'articulation pouvait avoir été déplacée ; toute fois le malade assure n'avoir pas encore éprouvé ce genre de luxation. A la visite du matin, on le trouve avec le membre en écharpe, et sa luxation réduite ; comme cet état n'exige que quelques jours de repos, le malade sort, pouvant achever sa guérison chez lui.

Ces luxations de l'épaule d'une réduction facile sont moins

rares qu'on ne pense, je réussis ainsi contre mon attente, en 1823, sur un jeune homme employé au manège du Luxembourg, en tirant seul sur le bras pour relever le malade. Une autre fois il m'a suffi de faire basculer l'humérus comme un levier du premier genre, pendant que je soutenais du genou le côté de la poitrine.

Ce sont des faits pareils qui ont fait dire à quelques chirurgiens, qu'il n'est besoin que d'un seul homme pour réduire les luxations de l'épaule. Pour moi, il m'a semblé que de tels cas appartenaient à la luxation sous-scapulaire, et notamment à celle que M. Malgaigne qualifie de luxation incomplète. Cela se rencontre aussi, et surtout chez les sujets qui ont déjà eu le bras luxé plusieurs fois.

XIXe Obs. *Luxation sous-scapulaire. Tractions horizontales. Réduction facile. Bras droit. Femme.* — Madame J..., âgée de 62 ans, grande, forte, douée d'un certain embonpoint, jouissant d'une bonne santé, fait une chute dans l'escalier le soir en rentrant chez son fils, à Passy; ce fut le coude qui porta sur le sol et comme pour retenir le tronc à la manière d'un crochet. Il en résulta une douleur vive de l'épaule et l'impossibilité de mouvoir le bras; on me prévint de l'accident le lendemain et je me rendis près de la malade à midi. La luxation de l'épaule était évidente. Le coude fortement écarté du tronc était un peu porté en avant. Le muscle grand pectoral légèrement soulevé laissait appercevoir le creux sous-clavier; on sentait dans l'aisselle une tête dure séparée de la peau par une couche épaisse de tissus. Tout le bord postérieur de l'omoplate, proéminent en arrière, est écarté d'un centimètre de plus que celui du côté opposé du rachis, dans toute sa longueur. Mesuré de l'angle postérieur de l'acromion à l'épicondyle, le bras tenu près du thorax, offre exactement la même longueur que le bras sain. Elevé à angle droit et horizontalement sur le tronc, il est de 6 lignes plus long; une sorte de crépitation, de *craquement* qu'on sent bien en embrassant à pleine main le moignon de l'épaule, se manifeste quand on remue le membre, qui peut être facilement porté en avant et en haut.

Pensant avoir affaire à une luxation sous-scapulaire, je crus pouvoir annoncer que la réduction serait facile à l'aide des tractions horizontales. Une serviette roulée en cravate, fixée

par sa partie moyenne autour du poignet et dans la main à l'aide de tours de bande, est aussitôt confiée aux deux aides chargés de faire l'extension. La contrextension est exercée au moyen d'un drap aussi plié en cravate et qui entoure la poitrine en prenant son point d'appui sur une pelotte de linge placée entre les deux bords de l'aisselle du côté malade : une autre personne se chargea de fixer le bord supérieur du scapulum avec la main. Tout étant ainsi disposé, je soulevai le membre à angle droit et me plaçai en avant. Ayant saisi le bras par la face antérieure de la main droite près de l'aisselle, pendant que de la main gauche je l'embrassais par derrière vers le coude, je me mis en mesure de favoriser le mouvement de bascule et de faire rentrer la tête luxée dans sa cavité naturelle. L'extension était à peine commencée, qu'il me suffit du plus léger effort pour remettre les choses en place. La secousse, le bruit caractéristique de ces sortes de réductions se firent aussitôt entendre, et indiquèrent à la malade comme aux assistants que le mal avait disparu. L'épaule revint sur-le-champ à sa forme normale et les mouvements du bras reprirent leur liberté. Une écharpe pour soutenir le coude et l'avant bras, des compresses résolutives sur l'épaule et le repos ont été prescrits pour quelques jours; le 25 juin, 15 jours après l'accident, Madame J... n'éprouvait plus qu'un peu de gêne et de raideur dans l'articulation.

Obs. XXe. — *Luxation sous-scapul. gauche. Réduction spontanée.* — Le 20 juin 1837, une femme de 55 ans, un peu lymphatique et grasse, quoique bien portante d'ailleurs, vint à la consultation de la Charité pour une chute qu'elle venait de faire sur le coude. Tous les signes de la luxation sous-scapulaire existaient : coude écarté de la poitrine et en avant; acromion saillant; moignon de l'épaule déprimé; tête de l'humérus dans l'aisselle; mouvements du bras impossibles, etc. J'engageai cette femme à rester à l'hôpital, voulant remettre à la clinique du lendemain la réduction de sa luxation. Le jour et la nuit se passèrent dans le même état; mais le matin, une heure avant ma visite, la malade, en faisant un mouvement brusque, sentit une secousse, entendit un craquement dans son épaule, et fut tout étonnée de pouvoir dès-lors remuer le bras avec liberté. La luxation était en effet réduite, et tous les signes que j'avais constatés la veille avaient disparu.

B. RÉCIDIVES.

Obs. XXIe et XXIIe. — *Luxations avec récidives nombreuses.* —

Il se présenta, en 1836, à la Charité, un homme d'une constitution athlétique, qui en était à sa vingt-huitième luxation, quatorze de chaque côté, et sur lequel la moindre traction suffisait pour rétablir les choses en place. J'ai cependant vu, quelques mois auparavant, une femme âgée de 60 ans, qui n'en était qu'à la septième, et dont la luxation ne céda qu'à des tractions horizontales assez fortes. Dans tous ces cas, la luxation offrait les caractères de la luxation sous-scapulaire.

C. LUXATIONS PAR CAUSES DIRECTES.

Peut-être me saura-t-ons gré d'ajouter que les luxations de l'épaule par cause directe, dont on nie généralement la possibilité, ne doivent plus être rejetées. A l'observation qu'en a donnée M. Richerand (*Soc. Méd. d'Émul.* t. V, p. 457), je puis maintenant en joindre une seconde, c'est celle du malade de M. Bérard, dont j'ai parlé plus haut. Il est constant, en effet, que chez cet homme la luxation s'est opérée pendant qu'il avait le bras sur le côté du thorax, et sous l'influence d'une pression directe sur l'épaule. La vaste contusion, l'infiltration sanguine énorme au-dessous de l'acromion, et l'absence de toute lésion vers le coude ou la main, eussent d'ailleurs suffi pour le prouver, quand même les renseignements fournis par le blessé n'eussent pas été aussi concluants sous ce rapport.

La luxation par cette cause mérite d'être notée, parce qu'étant en général accompagnée de beaucoup de gonflement et de douleur, en même temps que d'une espèce de craquement ou de crépitation, elle en imposerait avec d'autant plus de facilité pour une fracture, que les coups sur l'épaule produisent aisément une fracture du col de l'humérus; tandis qu'on les croit incapables de faire naître une luxation.

Bras de longueur inégale.

Luxation avec raccourcissement du membre sain. J'ai fait une autre remarque qu'il peut être bon de ne pas perdre de vue, relativement à la longueur du bras luxé; c'est que certains sujets ont les membres de longueur dissemblable avant

l'accident, et cela pour des causes diverses. Un homme m'offrait tous les signes d'une fracture du col du fémur à droite ; mais le membre que je pus allonger ne devint jamais plus court que l'autre ; j'apprends enfin qu'une fracture semblable avait eu lieu à gauche quelques années auparavant, et qu'elle avait été suivie d'un raccourcissement notable.

Obs. XXIV. — En novembre 1836, il vint à la clinique une femme âgée de 73 ans, qui s'était luxé l'épaule gauche dix jours auparavant. Ici la mesure comparative des deux membres était impossible; car le bras droit, qui n'avait pris aucun développement depuis l'âge de dix ans, semblait être complètement atrophié. La luxation était sous-scapulaire et fut aisément réduite par les tractions horizontales. Voici le fait, tel qu'il a été rédigé par M. Lemoine, élève de service.

Obs. XXIVe. — *Luxation sous-scapulaire à l'épaule droite. L'autre-bras atrophié. Réduction facile par les tractions horizontales.*— La nommée Charlet (Marie), âgée de 73 ans, d'une constitution usée, amaigrie, entra le 17 novembre à la Charité, présentant aux deux bras des lésions dignes d'attention. Ainsi le bras gauche, dont elle ne souffre pas, est de moitié plus petit que le droit; les os sont soudés au coude; l'avant bras, également très-grêle, n'est pas plus volumineux que celui d'un enfant de huit à dix ans; c'est en effet depuis cet âge que ce membre a cessé de se développer, à la suite d'une chute qui, à cette époque, lui fit une blessure dont elle souffrit long-temps. La lésion que présente le bras droit est de beaucoup moins ancienne, et c'est elle seule qui amène la malade à l'hôpital. Il y a huit jours qu'elle tomba dans la rue sur le coude : dès-lors le bras n'a pu se mouvoir ; mais comme il n'existait pas de plaie, la malade ne s'en inquiéta point, espérant qu'elle guérirait promptement. Aujourd'hui, le bras est écarté de la poitrine et légèrement porté en avant ; il ne peut exécuter que des mouvements très-restreints; le muscle deltoïde est tendu, applati, et l'acromion très-saillant. Au-dessous les parties molles sont déprimées, et les doigts arrivent dans une espèce de caverne. La partie antérieure de l'aisselle est légèrement soulevée; le creux axillaire est rempli par une tumeur dure, arrondie, située profondément.

La réduction est obtenue à l'aide des moyens ordinaires, par des puissances extensives et contr'extensives ; les tractions sont

faites horizontalement; aux premiers efforts qui sont tentés, la tête déplacée rentre dans sa cavité; un baudage ordinaire maintient le bras immobile, et la malade sort le 18 novembre, aucun soin particulier ne lui étant nécessaire.

Faits pour servir à l'histoire des maladies articulaires, par M. Le Sauvage, *Professeur à l'École secondaire de Caen, Chirurgien en chef des hôpitaux.*

Les médecins observateurs ont dû être frappés de cette action révulsive que produisent l'exercice et les excitations extérieures chez un grand nombre d'individus atteints d'irritation des voies digestives à faible expression, surtout chez ceux qui ont une large poitrine, une forte organisation par laquelle l'affection intérieure est en quelque sorte masquée. Mais qu'une circonstance morbide quelconque mette ces individus dans le cas de garder le lit; alors cesse aussitôt l'action révulsive, et bientôt la gastro-entérite s'exprime avec toute son intensité. Elle persiste même lorsque la maladie accidentelle a exigé au début un traitement antiphlogistique, même très-énergique, parce que, l'affection étant chronique, ce traitement instantané ne pouvait que l'obscurcir, et son influence doit toujours porter à modifier la médication et surtout le régime, souvent plutôt à son bénéfice que pour la maladie nouvelle sur laquelle elle exercerait bientôt une fâcheuse influence.

C'est en faisant une application sévère de ce principe au traitement purement antiphlogistique des maladies vénériennes, que depuis six ans, et sur plusieurs milliers de militaires, j'ai constamment imprimé à ces maladies une marche régulière, une terminaison prompte, une guérison qui ne s'est jamais démentie, et que conséquemment, l'intervention d'un prétendu virus syphilitique n'était nullement nécessaire pour l'explication des phénomènes morbides qui dépendent exclusivement de la sensibilité toute spéciale des organes qui en sont le siége, et de leurs rapports sympathiques avec le sys-

tème digestif. Je me propose de faire bien ressortir par les observations suivantes, toute l'influence de la réaction morbide des voies digestives dans les maladies articulaires, et la part que cette réaction prend à leur persistance et aux graves terminaisons qu'elles éprouvent si fréquemment, toutes circonstances à la production desquelles concourent également d'autres causes restées jusqu'ici inaperçues, et que souvent il a été beaucoup plus expéditif d'expliquer par l'influence du *vice scrofuleux*.

Obs. Ire. — Le jeune Guillard, élève du collége royal, âgé de 17 ans, et d'une forte constitution, présentait depuis long-temps les indices d'une irritation des surfaces intérieures, annoncée par une vive rougeur des lèvres et de la langue, une tuméfaction chronique des amygdales, du palais, du pharynx, etc. Il ressentait fréquemment des douleurs sus-orbitaires, des chaleurs à la figure après les repas, des frissons, etc. Ces indispositions étaient seulement allégées par une saignée, quelques jours de repos à l'infirmerie et certaines attentions dans le régime auxquelles le malade ne tardait pas à se soustraire.

A la suite de fatigues éprouvées pendant les vacances de 1836, le jeune élève ressentit dans l'articulation de la hanche gauche une douleur obscure d'abord, mais qui devint assez intense pour faire suspendre les travaux du collége et forcer à garder le lit. Lorsque je fus appelé auprès du malade, le 7 octobre, les douleurs de l'articulation malade étaient vivement senties lorsque l'on imprimait des mouvements au membre ou lorsqu'on percutait la surface inférieure du talon; le grand trochanter était un peu saillant, et le membre avait un excès de longueur assez peu exprimé cependant: évidemment il existait une hydarthrose de l'articulation malade.

Une saignée du bras fut d'abord pratiquée : elle fut renouvelée le lendemain et immédiatement suivie d'une application de vingt sangsues autour du trochanter et au pli de l'aine; puis l'on employa, deux fois chaque jour, un large cataplasme émollient. Le malade fut mis à un régime assez sévère. Quatre jours après, des symptômes de gastro-entérite plus exprimés firent recourir à une application de sangsues à l'épigastre. Bientôt les accidents s'améliorèrent, et, au bout de trois semaines, le malade put s'asseoir sur le bord de son lit. Les jours suivants il essaya de faire quelques pas à l'aide d'une béquille; il put ensuite abandonner l'ap-

partement, puis la béquille, et faire quelques promenades. Mais il ne tarda pas à s'affranchir du régime, et il le fit avec toute l'extension que lui facilitait la maison paternelle, et une alimentation plus variée et offerte avec moins de régularité qu'au collége.

Bientôt l'articulation du genou gauche devint douloureuse; une hydarthrose fortement exprimée s'y établit; il fallut reprendre le lit et revenir aux moyens précédemment employés; mais l'amélioration fut assez réfractaire. Enfin, la douleur étant tout-à-fait dissipée, et la résorption des dernières parties du liquide se faisant trop attendre, je fis successivement placer aux côtés du genou deux vésicatoires dont je n'obtins aucun effet sensible. A ce moment les deux articulations des bras devinrent assez douloureuses, et j'eus la conviction que l'on avait dépassé de beaucoup la mesure du régime que j'avais rigoureusement fixée. Sous l'influence de deux saignées et d'une plus grande sévérité dans le régime, les accidents derniers se calmèrent. Il en fut de même à l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche qui était devenue également douloureuse.

Mais bientôt nouvel écart dans le régime; et, quoique porté peu loin, il détermina dans le genou droit la formation d'une hydarthrose aussi exprimée que l'avait été celle du gauche. L'irritation de cette dernière, si long-temps réfractaire, fut complètement révulsée par la nouvelle; c'est alors que je fis de nouveau sentir tout le danger des abus du régime, et que peut-être il y allait de la perte d'un membre et même de la vie. De ce moment, l'alimentation fut extrêmement réduite, l'amélioration fut prompte, et un mois après, le 10 janvier, l'articulation du genou droit était libre. Le malade fit quelques pas. Les jours suivants, il resta dans un fauteuil ou marcha avec précaution; mais il séjournait dans un appartement sombre; la façade de la maison est N. N. O.; l'appétit s'exprimait avec une certaine intensité que l'oisiveté faisait plus vivement sentir, et un surcroît dans l'alimentation fit reparaître la douleur dans l'articulation de la hanche gauche. Il fallut de nouveau recourir aux moyens premiers et au séjour au lit pendant quinze jours. Au bout de ce temps, la convalescence parut assurée. Je fis sentir la nécessité de faire d'abord quelques promenades en voiture pour régulariser les fonctions, mais de porter la plus grande attention à cette sur-excitation des organes gastriques, qui avait pu être obscurcie, mais non complètement éteinte par les divers traitements, et que les exercices pouvaient bientôt augmenter en éveillant un plus grand appétit.

Obs. IIe. — Le nommé Féray, paysan âgé de 32 ans, présentait l'expression assez énergique d'un homme accoutumé aux travaux de la campagne, lorsqu'il entra à l'hôpital de Caen le 5 février 1835, pour une hydrarthrose du genou gauche déjà passée à l'état chronique; mais l'état de la langue, du pharynx et quelques follicules lymphatiques engorgés sous les mâchoires, annonçaient assez que, depuis long-temps, la nutrition était viciée.

Le malade dut garder constamment le lit, et il fut mis à un régime un peu sévère pour un homme accoutumé à la forte alimentation que semblaient nécessiter les travaux auxquels il se livrait. Aussi ses réclamations et ses instances devinrent si vives, qu'enfin on fut forcé de se relâcher de la sévérité première, en présence même des symptômes encore évidents de la gastrite chronique. Bientôt l'hydarthrose, qui avait éprouvé une grande amélioration, resta stationnaire et finit plus tard par s'aggraver. Une plus grande accumulation de fluide entre les surfaces articulaires facilita leur déplacement, et il en résulta, en peu de temps et sous l'influence des contractions musculaires, ces défauts de rapport qui éternisent la maladie et préparent aux terminaisons les plus fâcheuses. La jambe se contourna de dehors en dedans, en même temps qu'elle se déjeta fortement en dehors. Il n'y avait plus d'espoir de guérison que dans l'amputation de la cuisse; mais au moment où je crus devoir recourir à ce moyen extrême, l'articulation coxo-fémorale du même côté s'affecta sympathiquement. La dernière maladie fut réfractaire au traitement énergique, et bientôt eut lieu une luxation spontanée incomplète du fémur.

Malgré ces circonstances fâcheuses, on continua de combattre les accidents inflammatoires locaux; enfin ils furent amenés à ce degré qu'ils révulsèrent l'irritation gastro-intestinale. De ce moment, Féray, quoique toujours souffrant et forcé de garder constamment la même position, reprit bientôt une expression de santé très-apparente. Son embonpoint dépassa même la mesure qu'il offrait à son entrée à l'hôpital. On le saignait quelquefois, et on facilitait son sommeil au moyen des narcotiques. Enfin, rien ne pouvait faire prévoir quand arriverait le terme de cette existence toute nouvelle et évidemment factice, et depuis plusieurs mois on pouvait admirer combien la nature est ingénieuse dans ses ressources, lorsque, le 23 novembre dernier, Féray fut atteint de la variole, qui venait d'éclater dans le service chirurgical. La fièvre des prodrômes fut intense et avantageusement combattue par trois saignées et vingt sangsues appliquées à l'épigastre au moment

même de l'apparition des boutons. L'éruption devint confluente, et cependant la maladie parcourut ses périodes avec une étonnante simplicité. La fièvre de réaction fut à peine apparente, et le malade avança promptement vers la convalescence (1).

Dans le cours de la maladie, les douleurs assez habituelles des articulations malades disparurent entièrement sous l'influence de la révulsion de l'irritation gastrique des prodrômes et de celle de la peau, et Féray en augurait que sa maladie première disparaîtrait. Mais à peine les accidents de la variole avancèrent vers leur terme, que l'irritation dans les deux articulations se réveilla avec une intensité toute nouvelle. Des abcès fistuleux se manifestèrent autour de celle de la hanche, le pus fusa entre les muscles; il devint ichoreux et fétide, et le malade, en proie à des désordres intérieurs que la nature ne pouvait plus harmoniser, succomba le 20 décembre.

A l'*autopsie*, on trouva une érosion comme ulcéreuse au point de contact des surfaces articulaires du fémur et du tibia. Evidemment elle était consécutive à la destruction de la séreuse et des cartilages dont on voyait encore des traces à la circonférence. Le fibro-cartilage inter-articulaire avait été complètement absorbé au-dessous des érosions des surfaces articulaires; le tissu osseux était à l'état sain, et n'offrait pas ce ramollissement du tissu que l'on remarque dans certaines tumeurs blanches. On voyait dans les aréoles celluleuses ouvertes à la surface, le tissu cellulo-vasculaire enflammé, qui serpentait, sous une forme vermiculaire, entre les lamelles osseuses. Il en exsudait une matière albumino-séreuse, rougeâtre, indice certain que l'inflammation n'était point élevée au degré de la suppuration.

La surface articulaire de la rotule offrait une semblable érosion des tissus dans l'étendue d'une pièce d'un franc. Elle était déjetée à la partie antérieure du condyle externe du fémur, où l'on remarquait une altération correspondante. Mais ici il était évident que l'inflammation était moins élevée, et entre les deux surfaces il existait une substance albumineuse, épaisse, rouge-jaunâtre, ayant déjà un commencement d'organisation, et sans nul doute

---

Le même traitement employé chez trois autres adultes, deux militaires et un civil, a été suivi des mêmes résultats; et il est surtout à remarquer que, malgré la grande confluence des boutons, ils ont à peine laissé des traces sur la figure.

elle allait être l'intermédiaire de l'union immédiate de la soudure des deux os.

On voyait à l'articulation de la hanche une disposition en tout analogue. La tête du fémur, entièrement dénudée de la séreuse et du cartilage, était appuyée contre la voûte de la cavité cotyloïde, qui était érodée, détruite dans la profondeur d'un demi-pouce. La tête du fémur, à moitié dégagée de la cavité, à cause d'une forte adduction de la cuisse, était retenue par la capsule et le muscle petit-fessier.

Cette disposition, ce mode de rapport de la rotule avec le condyle du fémur, sur lequel j'ai insisté, fait bien connaître que la soudure, l'ankylose vraie des surfaces articulaires succède à la destruction, à l'absorption de la séreuse synoviale et des cartilages articulaires, et que la même action s'exerçant ensuite immédiatement sur les os, détruit leur surface extérieure, met à nu le tissu cellulo-vasculaire. L'inflammation de ce dernier tissu, au minimum d'intensité, produit une exsudation albumineuse, pseudo-membraniforme, qui devient le moyen d'union, la cause de la soudure immédiate des deux os; mais si l'inflammation est entretenue à un degré trop élevé, alors elle détermine une suppuration du tissu osseux, la carie, les abcès, etc.

Cette inflammation destructive des surfaces articulaires, si fréquemment produite, entretenue par une réaction fébrile, symptômatique de l'état morbide des surfaces intérieures, est souvent alimentée par une autre cause qui n'a pas été appréciée par les pathologistes : je veux parler de la contraction musculaire dont la douleur augmente l'énergie dans de fortes proportions, et c'est toujours aux points du contact des os que s'observent ces altérations destructives.

La contraction musculaire produit deux effets distincts, l'un de déplacement, l'autre de pression continue, et c'est sous leur influence réciproque qu'un grand nombre de maladies articulaires deviennent incurables.

Le déplacement lent des surfaces articulaires sous l'in-

fluence des contractions musculaires, a toujours lieu à l'avantage des muscles fléchisseurs. J'en avais déjà cité quelques exemples dans mon Mémoire sur les luxations spontanées etc. (*Arch. gén. de méd.* tome X, 2e série, page 257) ; mais depuis j'ai pu reconnaître combien est grande la multiplicité des cas dans lesquels il exerce une action qui, peu appréciable quelquefois, n'en est pas moins puissante.

C'est au genou qu'on l'observe fréquemment, si l'on permet aux malades de maintenir l'articulation plus ou moins fléchie. Bientôt les surfaces articulaires du tibia se portent en arrière, et les condyles du fémur deviennent saillants en avant. Quand le déplacement a duré quelque temps, il devient très-difficile, et plus souvent tout-à-fait impossible, de redonner au membre sa forme et sa direction normales ; et quand la maladie se termine par résolution, elle laisse après elle une difformité contre laquelle sont impuissants les divers moyens qui ont été préconisés, résolutifs, bains sulfureux, douche, etc. Il existe en ce moment à l'hôpital de Caen un jeune homme atteint d'une fausse ankylose du genou gauche, qui a succédé à une hydrarthrose ; le talon est arrivé à six travers de doigts de la fesse.

La pression que les surfaces articulaires exercent l'une sur l'autre, déjà rendue plus puissante par l'énergie que la douleur imprime aux muscles, devient encore plus promptement destructive quand le défaut de rapport entre les surfaces a lieu ; alors elles ne se touchent plus que par des points isolés, chargés seuls de supporter une pression qui aurait été bien moins forte, si elle eût été plus uniformément répartie ; et je le répète, c'est toujours à ces points isolés que commence la destruction de la séreuse synoviale du cartilage, de l'enveloppe extérieure, du tissu compacte des os, et que s'établit ensuite dans le tissu cellulo-vasculaire de ce dernier organe, cette inflammation qui, à un faible dégré, peut produire la soudure des os ; mais qui, assez élevé, peut amener

la suppuration, déterminer l'ulcération, la carie, etc.

J'avais déjà été frappé de ces fâcheux résultats, lorsque, dans le mémoire précédemment cité, j'ai indiqué qu'un appareil à extension continue, et seulement à faible degré, serait un moyen précieux pour prévenir, modérer et résoudre l'inflammation des tissus articulaires, pour la remener et la maintenir au degré convenable à la production des phénomènes qui déterminent l'éburnation des surfaces articulaires et de la substance albumineuse qui doit devenir moyen de la soudure des os. Je suis bien convaincu que l'on obtiendrait des résultats précieux de l'emploi de ce moyen, dont à la vérité, l'application ne serait praticable que dans certains cas déterminés.

Enfin, le fait suivant m'a fourni l'occasion de faire un heureux essai de ce moyen.

Obs. IIIe. — Une grande et forte fille, atteinte par récidive d'une hydarthrose de l'articulation coxo-fémorale gauche, est maintenant à l'hôpital. La maladie a été énergiquement combattue; mais la persistance des douleurs me faisait craindre que le désordre articulaire ne permît plus de compter de nouveau sur une résolution complète. La malade s'était opiniâtrée à conserver la cuisse fléchie sur le tronc, et la saillie du trochanter semblait indiquer que la tête du fémur devait avoir abandonné, au moins en partie, la cavité cotyloïde. Dans la très-grande difficulté qu'offre chez une femme, de forte taille surtout, l'application d'un bandage à extension continue, prenant un point d'appui sur la tubérosité ischiatique, je me suis décidé à employer le plan incliné. Dès le premier moment, les douleurs ont été sensiblement améliorées, et peu de jours après elles étaient à peine perçues. La douleur sympathique du genou a été plus vive d'abord par l'effet de la nouvelle position du membre; mais elle n'a pas tardé à disparaître entièrement. Enfin, tout me porte à penser que la guérison pourra être obtenue encore une fois, et en très-peu de temps.

Dans cette maladie, le plan incliné offre cet avantage qu'il laisse le point malade accessible aux moyens médicamenteux à l'aide desquels on peut combattre ou révulser

l'irritation; mais on conçoit qu'il ne pourrait être continué jusqu'à guérison, dans les cas où le désordre articulaire ne permettrait plus de compter que sur l'ankylose, puisque, après ce mode de guérison, le membre ferait avec le tronc un angle très prononcé, et qu'il ne pourrait plus servir à la locomotion.

Considérations cliniques sur un cas remarquable d'anévrysme vrai de l'aorte thoracique, avec lésion des valvules aortiques, par David HASTINGS-MAC-ADAM (1) (Mémoire lu devant la Société chirurgicale d'Irlande).

OBS. Mary Williams, âgée de 35 ans, veuve, douée d'un tempérament leucophlegmasique, et d'un corps grand et robuste, fut admise à l'hôpital de la cité de Dublin, le 23 novembre 1835. Depuis plusieurs années, elle était sujette à de la toux avec expectoration abondante, à de la dyspnée, à quelques hémoptysies, et même à des palpitations, que la marche et surtout l'ascension exaspéraient, et qui s'accompagnaient quelquefois d'oppression et de tendance à la syncope. Ses règles ne coulaient plus depuis un an et demi; et, depuis cette époque, elle éprouvait de vives douleurs dans les lombes et dans l'hypochondre droit, de l'anorexie, de l'irritabilité d'estomac, et un goût cuivreux à la bouche. Son urine était peu abondante et offrait la couleur du porter.

Environ six semaines avant son entrée, la malade éprouva une sorte de tension et des lassitudes dans les membres inférieurs, des douleurs abdominales qui avaient principalement leur siége dans l'épigastre et dans les deux hypochondres, surtout le gauche, et qui étaient aggravées par la toux. Elle ressentait aussi des douleurs dans les lombes, du ténesme et de la soif. Peu de temps après, les membres inférieurs se tuméfièrent, et la tuméfaction s'étendit graduellement jusqu'à l'abdomen.

Au moment de son entrée, la malade présenta les symptômes suivants : Peau brune, jaunâtre; tuméfaction considérable de l'ab-

(1) *Dublin Journal*, n° 26.

domen; œdème des parois thoraciques; gonflement très-marqué des membres inférieurs qui gardaient l'empreinte du doigt; selles fréquentes avec coliques; sensibilité de l'épigastre et de l'hypochondre droit à la pression; toux violente, avec expectoration abondante; pouls à 90, petit, faible et de temps en temps intermittent; langue blanchâtre sur les côtés, unie, rouge et converte d'un enduit à sa partie moyenne; râles sonores dans la plus grande partie du thorax antérieurement; un peu de râle crépitant sous les clavicules et à la partie postérieure de la poitrine; impulsion du cœur faible; bruits du cœur clairs et forts, se faisant entendre distinctement dans toute la partie antérieure du thorax; second bruit accompagné d'un bruit de soufflet musical particulier, ressemblant au roucoulement d'un pigeon, et qui, offrant une certaine analogie avec une variété du râle sonore, me parut d'abord devoir provenir des tubes bronchiques. Mais réfléchissant que, si telle était son origine, on ne l'entendrait plus quand la respiration serait suspendue, je prescrivis à plusieurs reprises à la malade de retenir sa respiration, tandis que mon oreille était appuyée sur la région précordiale, et alors, le bruit indiqué se fit entendre aussi distinctement qu'auparavant.

En percutant un des côtés de l'abdomen, tandis que la main était appliquée sur l'autre côté, on percevait une fluctuation très-manifeste. La malade étant couchée sur le dos, les parties antérieures et latérales de l'abdomen rendaient un son tympanique; mais la région lombaire donnait un son mat. Lorsque la malade était couchée sur le côté, la région lombaire, qui auparavant donnait un son mat, devenait sonore à la percussion.

Ces symptômes persistèrent, sans éprouver aucun changement important, jusqu'au moment de la mort, qui eut lieu trois semaines après l'entrée de la malade. Plusieurs fois on appliqua sur l'épigastre des sangsues, suivies de vésicatoires qui eurent pour effet de diminuer considérablement la douleur et la sensibilité à la pression dont cette région était le siége. Dans le but de modérer les coliques et la diarrhée, on administra la poudre de Dover unie avec de petites doses de calomel. La dose de la poudre de Dover fut augmentée peu à peu jusqu'à une drachme par jour, à doses fractionnées et combinée avec une petite quantité de nitrate de potasse. En même temps on pratiqua sur l'abdomen, plusieurs fois par jour, des frictions avec la pommade iodurée de Lugol et l'onguent mercuriel à parties égales. En très-peu de temps la bouche se prit, bien que la secrétion de la salive ne fût pas beaucoup augmentée; l'urine

devint plus abondante et la tuméfaction de l'abdomen diminua. Toutefois la diarrhée, bien que suspendue pour un temps, se manifesta de nouveau, la faiblesse augmenta, et la malade s'affaissa graduellement sans qu'il s'opérât la moindre réaction, quoiqu'on eût administré le carbonate d'ammoniaque et d'autres stimulants diffusibles.

Il est digne de remarque que jamais la malade ne parut éprouver une dyspnée notable, et qu'elle restait couchée horizontalement sans en paraître incommodée. De même, elle se plaignait à peine de palpitations; seulement, quand elle était interrogée sur ce sujet, elle avouait qu'elle en éprouvait de temps en temps. Le bruit de soufflet musical, qui coïncidait avec le second bruit du cœur, persista depuis l'entrée de la malade jusqu'à sa mort, et il se faisait entendre dans presque toute l'étendue de la partie antérieure du thorax.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — Le tissu cellulaire sous-cutané était d'un jaune remarquable. Les deux cavités du thorax, principalement la droite, contenaient une quantité considérable de sérosité. Le poumon droit était induré et réduit environ à un tiers de son volume naturel. Incisé, il parut constitué principalement par une masse de tubercules crus; le tissu pulmonaire interposé était plutôt condensé que dans un véritable état d'hépatisation; le poumon adhérait dans une grande étendue à la plèvre costale. Le poumon gauche contenait quelques tubercules isolés; à cela près, son tissu était sain. Le péricarde contenait environ deux onces de sérosité. Le cœur était plus volumineux qu'à l'état naturel. Il existait sur le ventricule droit une large tache blanche, et sur la cloison, auprès de la pointe, une tache blanche de lymphe coagulable. Les cavités droites du cœur, surtout l'oreillette, étaient considérablement dilatées. L'appendice auriculaire était très-large et les musculi-pectinati étaient très-développés. Les valvules auriculo-ventriculaires des deux côtés étaient saines. Le ventricule gauche était hypertrophié. Les valvules semi-lunaires aortiques étaient épaissies, contractées, en partie cartilagineuses et évidemment incapables d'oblitérer l'ouverture. Immédiatement au-dessus de l'origine de l'artère coronaire gauche, les parois de l'aorte étaient percées d'une ouverture circulaire, d'un pouce de diamètre, qui conduisait dans une cavité à peu près du volume d'un œuf de pigeon, dans laquelle on trouva une couche de fibrine d'une grande ténacité, non adhérente, et présentant une surface assez semblable à celle d'un rayon de miel. Cette cavité constituait l'in-

térieur d'une tumeur du volume d'un œuf de canard, qui était fixée à l'aorte par une portion rétrécie. La moitié environ de cette tumeur se trouvait située en dedans de la membrane séreuse du péricarde. La tumeur était située derrière l'aorte ascendante et l'artère pulmonaire, entre la bifurcation des bronches sur lesquelles elle avait dû exercer une certaine compression, particulièrement sur la gauche. Cependant ces deux conduits, bien qu'ayant perdu un peu de leur calibre, étaient entièrement perméables. Leur membrane muqueuse était très-injectée, et leur cavité était remplie par un mucus gélatiniforme rougeâtre, qui adhérait intimément à leur surface interne. Les parois de la tumeur paraissaient être la continuation des tuniques de l'aorte ; mais elles étaient moins épaisses et moins résistantes que ces dernières L'examen du pourtour de l'ouverture de communication fit reconnaître que la membrane interne de l'aorte se continuait avec celle qui tapissait l'intérieur de la cavité anormale, et lorsqu'on incisa les parois du sac anévrysmal, en même temps que celles de l'aorte, on ne put découvrir aucune ligne de démarcation entre les tuniques de l'une et de l'autre.

On sépara, par la dissection, la trachée de la partie postérieure de la tumeur, et l'on ouvrit la tumeur dans ce point. On y trouva une masse fibrineuse presque aussi solide que du cartilage, composée de lames concentriques, alternativement pâles et foncées. Cette masse fibrineuse avait environ un pouce d'épaisseur, et présentait une surface concave vers l'ouverture aortique. Elle tapissait la partie postérieure et les parties latérales de la cavité, dont la face inférieure semblait avoir été tapissée par la couche non adhérente de fibrine mentionnée ci-dessus. La portion ascendante de l'aorte était considérablement dilatée, depuis son origine jusqu'à la naissance de la sous-clavière gauche, après laquelle elle offrait un rétrécissement anormal, pour reprendre ensuite son calibre naturel. Les tuniques de la portion ascendante étaient très-épaissies, et contenaient de nombreuses plaques cartilagineuses et osseuses.

L'artère pulmonaire droite était devenue imperméable dans plus d'un pouce de son étendue, par suite de la compression qu'elle avait supportée entre la tumeur et l'aorte ascendante, et qui avait fait adhérer ensemble ses faces internes opposées. Cette adhérence fut facilement détruite, et l'artère devint perméable et reprit son calibre naturel. On trouva une grande quantité de sérosité dans la cavité abdominale. Le péritoine offrit son aspect natu-

rel; tous les intestins étaient vides et distendus par des gaz. Les portions ascendante et transverse du colon étaient considérablement contractées. La membrane muqueuse de la portion transverse était légèrement injectée; le foie avait une teinte chocolat rougeâtre; le bord de son lobe droit paraissait granuleux dans une petite étendue, on remarqua une large plaque blanche sur la face convexe de chaque lobe. La vésicule était très-distendue par la bile. Le rein gauche contenait un gros tubercule jaunâtre; le rein droit était sain.

Ce fait présente plusieurs circonstances remarquables, soit pendant la vie de la malade, soit à l'inspection cadavérique. L'extrême complication de phénomènes, qui résulte de la lésion simultanée de tant d'organes, rendit les indications obscures et embarrassantes. Au moment de son entrée, la malade présenta les symptômes d'une bronchite intense. Elle avait une diarrhée qui était due évidemment à une colite, elle était affectée d'anasarque, d'ascite, et de maladie du cœur et du foie. Après avoir examiné la malade, je hasardai le diagnostic suivant: j'annonçai que l'hydropisie provenait d'une affection long-temps prolongée des poumons et du cœur; que le foie était congestionné par suite de l'affection du cœur; que cette dernière affection consistait probablement dans une lésion valvulaire avec dilatation, et que la diarrhée était due à une inflammation de la membrane muqueuse du colon. Mon pronostic fut que la malade ne se rétablirait point, et je fus porté à cette manière de voir par la coexistence d'une diarrhée opiniâtre avec une hydropisie considérable. J'ai vu plusieurs cas de cette espèce, qui ne sont point rares chez les pauvres de Dublin, et je les ai toujours vus se terminer par la mort. Je crois qu'il n'y a pas de complication plus difficile à traiter que celle de la diarrhée avec l'hydropisie; on ne peut recourir aux purgatifs, et l'on est très-limité dans l'emploi des diurétiques. Ce que j'ai trouvé le plus utile dans ces cas, c'est l'opium administré sous forme de poudre de Dower, combiné

avec de petites quantités de nitrate de potasse, et avec le calomel; ce mélange réussit souvent à faire cesser la diarrhée pour un temps, et détermine quelquefois de la diurèse. En même temps, je fais faire des frictions sur l'abdomen avec la pommade iodurée et l'onguent mercuriel mélangé, dans le double but d'exciter l'absorption, et de placer plus rapidement le malade sous l'influence du mercure. Lorsque l'abdomen est le siége de quelque douleur, ou présente de la sensibilité à la pression, je fais appliquer des sangsues et des vésicatoires sur la partie souffrante.

Une autre circonstance digne d'attention dans le cas précédent, c'est l'absence de toute dyspnée intense; cette femme était atteinte de dilatation et d'hypertrophie du cœur, d'ascite, d'hydrothorax, d'anévrysme de l'aorte, d'un certain degré de compression des deux bronches; son poumon droit était réduit au tiers de son volume naturel : une seule de ces maladies aurait suffi pour déterminer une grande gêne de la respiration; et cependant il n'en fut rien, bien que tant de causes de dyspnée fussent réunies. Il est difficile de se rendre compte de ce fait.

L'anévrysme dont cette malade était atteinte, était de l'espèce qu'on appelle anévrysme vrai, c'était une dilatation partielle latérale de l'aorte. Il présentait un exemple très-exact de cette forme de la maladie décrite par le docteur Hope, en ces termes : « Il offre un bord nettement défini, et un col rétréci; on peut reconnaître la tunique interne et la tunique moyenne de l'artère dans toute l'étendue de la dilatation (1) ». Le docteur Hope fait observer, « Que presque tous les anévrysmes de la portion ascendante et de la courbure de l'aorte sont primitivement des anévrysmes vrais ». Mais il ajoute « que la tumeur naît ordinairement de la partie antérieure ou latérale du vaisseau, tandis que sa partie postérieure est peu inté-

---

(1) *Cyclopædia of practical medicine*, t. I. p. 105.

ressée ou ne l'est point du tout ». Le cas qu'on vient de lire est une exception remarquable à cette règle, car ici l'anévrysme s'était formé à la partie supérieure de l'aorte ascendante.

La cause de l'anévrysme était évidemment l'état morbide antérieur des parois de l'artère, coexistant avec l'hypertrophie du ventricule gauche. Je crois qu'il n'était pas possible (au moins quand je vis la malade), de découvrir cette maladie avant la mort. Les parois thoraciques étaient épaissies par suite de l'œdème, et par conséquent, la percussion était de peu d'utilité. Les râles sonores très-intenses masquaient tout autre bruit qui aurait pu se faire entendre dans la poitrine La tumeur était située si loin des parois de la poitrine, qu'aucune impulsion ne pouvait être perçue extérieurement; et d'ailleurs l'épaisseur des parois du thorax par suite de l'œdème, était un obstacle de plus. En outre, la malade était très-difficile à remuer, à cause de la grandeur de son corps et de son affaiblissement; aussi était-il très-difficile de faire une exploration exacte de sa poitrine. C'est pourquoi, les signes au moyen desquels on peut découvrir quelquefois un anévrysme thoracique ne furent d'aucune utilité dans ce cas. La compression de l'artère pulmonaire droite, par la tumeur, fut probablement en partie la cause de la diminution de volume du poumon droit, diminution à laquelle contribua l'épanchement de sérosité dans la plèvre droite. Cette oblitération de l'artère était probablement récente, car les surfaces adhérentes n'étaient pas encore soudées ensemble et furent facilement séparées sans déchirure.

Je pense que l'anévrysme fut pour peu de chose dans la mort de la malade. Elle parut succomber à l'épuisement causé par la bronchite et la diarrhée réunies. L'hydropisie était probablement le résultat de la maladie des poumons et de celle du cœur, et de l'état de congestion du foie. L'affection du rein ne parut pas assez étendue pour avoir pu contribuer beaucoup à la production de cette hydropisie.

Dans le cas qu'on vient de lire, on perçut, à l'aide de l'auscultation, un bruit tout particulier qui accompagnait le second bruit du cœur, ou plutôt se confondait avec lui. Ce bruit rapproché de l'état d'altération des valvules aortiques, me paraît propre à jeter quelque lumière sur la cause du second bruit du cœur, sujet qui, dans ce moment, excite tant d'intérêt parmi les pathologistes. C'est ce bruit que le docteur Hope a désigné sous le nom de bruit de soufflet musical; cet auteur pense qu'il peut être causé par la pression que le cœur, pendant sa systole, exercerait sur un tube bronchique; mais il avoue que si cette explication était exacte, ce bruit serait suspendu ou se trouverait modifié quand le sujet exploré suspendrait sa respiration, et il ajoute qu'il n'a jamais été à même de faire cette expérience (1); mais ce bruit a persisté sans modification quand nous prescrivions à la malade de retenir sa respiration; et nous avons fait cette expérience à plusieurs reprises, avec le même résultat. Aussi, je suis convaincu que ce symptôme n'a aucune liaison avec l'acte de la respiration. Je ferai observer, toutefois, que dans une autre partie de son ouvrage, le docteur Hope dit que l'un ou l'autre des bruits peut accompagner le second bruit du cœur, quand il y a régurgitation à travers l'orifice aortique (2); et, comme dans le cas qui nous occupe, la régurgitation ne put avoir lieu qu'à travers cet orifice, puisque toutes les autres valvules du cœur étaient saines, il est probable que le bruit morbide était dû à l'altération morbide des valvules aortiques, qui permettait à une portion du sang de refluer dans le ventricule quand l'aorte se trouvait distendue par le sang. Si cette conclusion est exacte, elle milite en faveur de l'explication qui a été donnée pour la première fois, du second bruit du cœur, par M. Carlisle: « Le second bruit du cœur est produit par l'élasticité des pa-

---

(1) Hope, *On Diseases of the Heart*, p. 338, 1re édition.
(2) *loc. cit.* p. 340.

sois de l'aorte et de l'artère pulmonaire, qui réagissent sur le sang qu'elles renferment à la fin de la systole ventriculaire, et qu'elles refoulent en partie vers le cœur, dans la cavité du quel il ne peut plus rentrer à cause de l'abaissement subit des valvules semi-lunaires ; de là, un choc qui est sensible à l'oreille (1). » Cette opinion a été adoptée par le comité de Dublin, chargé par l'Association Britannique de faire des recherches sur les bruits du cœur. En effet, on lit dans le compte rendu de ce Comité, « Que le second bruit coïncide avec la fin de la systole ventriculaire, et exige pour sa production l'intégrité des valvules semi-lunaires de l'aorte et de l'artère pulmonaire, et paraît être produit par l'obstacle soudain que ces valvules opposent au mouvement du sang qui est refoulé vers le cœur, après chaque systole ventriculaire, par l'élasticité des gros troncs artériels (2). »

Des Signes immédiats de la Contusion du cerveau, suivis de quelques réflexions sur le traitement des plaies de tête, par A. Boinet, *chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu de Paris; membre de la Société anatomique, de la Société médicale d'observation, etc.; mémoire mentionné honorablement par la Faculté de médecine de Paris, pour le prix Monthion.* (Deuxième Article.)

On trouve dans l'observation qui va suivre le résumé de l'histoire de la contusion du cerveau ; elle peut servir de type pour l'étude de l'anatomie pathologique de cette lésion, et pour les signes caractéristiques qu'elle présente.

Obs. V. *Chute d'un lieu élevé. Plaie et fracture du crâne. Cépha-*

---

(1) Carlisle, *On the motions and sounds of the Heart*. Dubl. Journ. t. IV, p. 106.

(2) *Dubl. Journal*, t. VIII p. 160.

lalgie opiniâtre. Perte de la parole, paralysie du côté droit, trépanation. Meningite; mort. Contusion du cerveau, abcès dans les deux poumons et dans le foie.—Schœffner (Georges), âgé de 33 ans, boulanger, fut reçu à l'Hôtel-Dieu le 31 décembre 1834, pour une plaie de tête. Cet homme était d'un caractère sombre et peu communicatif, d'une intelligence bonne. A l'âge de 10 ans, il tomba d'un troisième étage, mais cette chute fut sans résultat fâcheux; il ressentit seulement une céphalalgie légère qui ne l'empêcha pas d'aller garder ses troupeaux: il était alors berger.

Le 30 décembre 1835 rentrant très-tard et complètement ivre, il monta à un deuxième ou troisième étage, il ne saurait dire lequel, prend une fenêtre pour la porte de sa chambre et tombe dans une cour pavée. Le portier entendit le bruit de sa chute, mais ignorant ce que c'était, il ne se dérangea que vingt minutes plus tard, attiré par les plaintes que poussait Schœffner: il le trouva étendu par terre, la figure couverte de sang qui venait d'une plaie de tête. Schœffner ne rendit pas de sang par la bouche, le nez, les oreilles. Il put nommer le portier à plusieurs reprises. Sur le champ on fit appeler un médecin qui ne put parvenir à le saigner à cause des mouvements violents auxquels se livrait le malade qu'on ne pouvait contenir. La plaie ayant été pansée, le médecin conseilla de le porter dans un hôpital. Pendant qu'il resta dans la loge du portier, Schœffner essaya plusieurs fois de se lever, parlait sans raison et sans suite, comme s'il eut été avec ses amis, chantait de temps en temps. Il resta ainsi jusqu'à trois heures du matin, où il reprit sa connaissance, ne se rappelant rien de ce qui s'était passé depuis le moment de sa chute; alors il reconnut tous ceux qui l'entouraient, demanda à monter chez lui, se plaignant seulement d'une violente céphalalgie: il ne s'apperçut pas de sa blessure qui ne lui faisait aucun mal.

Le 31 décembre, entre dix et onze heures du matin, il se leva lui-même et se rendit sur le brancard qui devait le porter à l'Hôtel-Dieu, où de suite les environs de la plaie furent rasés, et la réunion immédiate tentée au moyen de bandelettes agglutinatives. (Saignée de ℥ xvj. Compresses d'eau froide; petit lait émétisé).

1er janvier 1835. Face colorée, peau sèche; pouls dur, fréquent, fort et régulier; céphalalgie frontale très-vive, insomnie. (Saignée de ℥ xvj). Le soir l'état du malade n'ayant pas changé, nouvelle saignée de ℥ xvj. Petit lait émétisé. Compresses froides qu'on renouvelle tous les quarts d'heure, diète).

2 janvier. Le malade conserve toute son intelligence et ne se plaint que de la céphalalgie qui n'a pas diminué. Cette douleur dont le siège est à la partie antérieure de la tête et non dans la

plaie, est continuelle et sans élancements. Il semble au malade qu'on lui serre fortement la tête dans un étau, pas de sommeil; les sens de la vue, de l'audition, de l'olfaction, ne sont pas altérés; parole libre, pas d'altération dans les mouvements et la sensibilité. 80 pulsations. Pouls fort et régulier. 22 inspirations. (Saignée de ℥ x même prescription). Le soir pas de changement. (20 *sangsues* aux apophyses mastoïdes).

3 janvier. Le mal de tête est un peu diminué, pas de sommeil, pouls moins dur, régulier, 80 pulsations. (20 sangsues successivement derrière les oreilles, même prescription).

5 janvier. Le malade a bien passé la journée du 4; il s'est à peine apperçu de son mal de tête et a bien dormi. Le 5, on lève les bandelettes qui commencent à être détachées par la suppuration : les bords de la plaie ne sont pas réunis. Cette plaie, située à la partie antérieure latérale gauche de la tête, a trois pouces et demi de longueur, s'étend du niveau de la bosse frontale, un peu obliquement en haut, jusqu'au-dessus de la bosse temporale; de l'extrémité antérieure de cette plaie, en part une autre d'un demi-pouce, qui descend directement et se trouve complétement cicatrisée. Cette plaie occupe toute l'épaisseur des téguments, et entre ses lèvres on apperçoit l'os complétement dénudé dans toute sa longueur. Si on glisse un stylet sous la lèvre inférieure, on reconnait que celle-ci est décollée dans l'étendue d'un demi-pouce en bas et dans toute sa longueur. On n'apperçoit ni fissure, ni enfoncement sur les os dénudés, mais seulement quelques cheveux restés au fond de la plaie. Le malade ne ressent pas la moindre douleur dans la tête; bon sommeil; le pouls est régulier, 70 pulsations. Si on place un linge entre ses dents et qu'on tire dessus, il n'accuse aucune douleur; quant au bruit de pot fêlé, le malade ne peut rendre compte de ce qui s'était passé au moment de sa chute. Tous ses sens sont dans l'état normal, pas d'altération de la sensibilité ou de la motilité; le malade demande à manger. (Limonade, compresses froides, bouillon).

10 janvier. Depuis le 6, le malade continue à bien aller, il n'accuse aucune douleur dans la tête, se lève une partie de la journée, mange le quart, et, sauf un peu de faiblesse, il parait complètement guéri. Il songerait à quitter l'hôpital, sans la plaie, qui cependant est réunie en plusieurs points isolés, et offre un aspect rosé. Mais le 10, dans la journée, sans s'être exposé au froid, sans avoir mangé plus du quart, enfin sans cause connue, quoiqu'à côté d'un poêle bien chauffé, il est pris de frissons à trois heures de l'après-midi, ses frissons renouvellent au lit, où il s'est mis aussitôt;

l'appétit disparaît, une céphalalgie frontale intense se manifeste avec des lassitudes dans les membres. (Saignée de ℥ xvij. limonade.)

11 janvier. Peau chaude et sèche, face colorée, douleur très-vive à la partie antérieure de la tête : cette douleur occupe surtout la région frontale, est plus forte à gauche qu'à droite; elle est continue, non lancinante et fait éprouver au malade la même sensation de compression que les premiers jours, mais plus fortement. Aux parties supérieures et postérieures de la tête, pas la moindre douleur. La plaie n'est pas douloureuse ; son état a peu changé ; seulement le pus semble moins abondant. Pas de sommeil, intelligence bonne. Les paupières sont également mobiles, ainsi que les pupilles qui se contractent et se dilatent bien : le malade distingue les objets aussi bien que dans l'état de santé; pas de strabisme, pas de contraction ni de paralysie dans les muscles de la face, dont la sensibilité est intacte, ce dont on s'assure en pinçant le malade. L'odorat est intact, et le malade qui prend du tabac, lui trouve la même saveur qu'avant sa maladie. Il entend également bien des deux côtés. Le malade tire très-bien la langue hors de sa bouche, sans déviation à droite où à gauche; la faculté sensitive de cet organe est intègre, le malade perçoit bien le gout de l'encre qu'on met dessus. La voix, les paroles sont bonnes, les réponses du malade justes et promptes, il rend bien compte de son état; 24 inspirations, 82 pulsations; pas de contraction ni de paralysie des membres, qui jouissent également de leur sensibilité, laquelle, selon le malade, est la même que dans l'état de santé. (Saignée de ℥ xvj. Lavement laxatif. Limonade 2 pots).

12 janvier. Même état, pas de selles. (30 sangsues aux oreilles, petit lait émétisé, sulfate de soude ℥ j).

13 janvier. La céphalalgie est toujours aussi intense et a les mêmes caractères; nausées, vomissement verdâtre abondant, 8 selles liquides; l'état des autres fonctions est le même. (12 sangsues à la tempe, petit lait émétisé, diète.

14 janvier. Même céphalalgie; même état de la plaie, la portion d'os dénudé présente un aspect noirâtre, et si l'on percute légèrement avec un stylet ou une pince à pansement, on entend un bruit de pot fêlé. Le malade conserve sa connaissance et répond bien aux questions; seulement il est plus abattu, un peu assoupi, les sens sont intacts, le pouls est régulier, fort, 95 pulsations 30 inspirations. La respiration semble se faire par le diaphragme, et après un nombre d'expirations variables, le malade pousse un

soupir; nausées, pas de vomissements; il n'y a pas de selle depuis le 12. (10 sangsues à la tempe, petit lait émétisé, diète).

15 janvier. Face pâle, céphalalgie un peu moindre; le malade conserve toute sa connaissance, mais il est assoupi, les yeux sont souvent fermés, il répond moins bien aux questions qu'on lui adresse, il se retourne continuellement dans son lit, il se plaint lui même de ne pas trouver une bonne place; même état des sens, de la motilité et de la sensibilité générale. La slérotique offre une légère teinte jaunâtre; pas de selle depuis le 12; urines volontaires, 85 pulsations. (10 sangsues à la tempe, même prescription).

16 janvier. Face légèremnnt jaunâtre, céphalalgie moindre, un peu de difficulté dans la parole, réponses un peu vagues et plus lente que les jours précédents; par moment le malade est assoupi, ou bien il s'assied sur son séant; agitation presque continuelle; la pupille droite se contracte et se dilate bien; à gauche, si, en présentant une lumière au devant de l'œil, on relève la paupière supérieure abaissée, on voit la pupille se contracter légèrement et se dilater pour ainsi dire de suite d'une manière remarquable; ce qui n'a pas lieu à droite où elle reste contractée plus longtemps: le malade prétend voir moins que les jours précédents, surtout de l'œil gauche. L'ouie, l'odorat et le goût ne paraissent pas altérés; pas de contraction ni de paralysie de la face, pas de déviation de la bouche ni de la langue, pouls fort, régulier, 85 pulsations: la main droite, quoique brûlante, paraît froide au malade, cependant il trouve qu'il la remue aussi bien que la gauche, mais il ne peut serrer aussi fortement avec la droite; ce qu'il attribue à ce qu'il est gaucher. La sensibilité est intacte dans les deux côtés du corps et dans les membres inférieurs où le malade n'accuse pas la même sensation de froid que dans le membre supérieur droit. (Saignée de pieds de ℥ viij, petit lait émétisé).

Le soir. Pouls à 105, régulier; 35 inspirations; la respiration est diaphragmatique; le malade se plaint continuellement; assoupissement et agitation successifs: il ne répond plus aux questions qu'on lui adresse, et prononce seulement quelques mots inintelligibles. La pupille droite est mobile. si l'on approche un corps de l'œil droit, la paupière s'abaisse; le gauche est recouvert par la paupiere. Le malade semble bien entendre quand on lui parle; si on lui commande de tirer la langue, il ouvre la bouche, mais la langue reste en place sans déviation. Le malade sent bien les objets avec la main gauche, mais pas avec la main droite, dont il fait cependant usage pour s'asseoir sur son lit. La sensibilité est plus

obtuse à droite qu'à gauche. Il porte souvent la main gauche à sa tête. Urines involontaires.

17 janvier. Gémissements, même état d'inquiétude ; teinte jaunâtre de toute la surface du corps; le malade suit de l'œil ce qu'on fait autour de lui ; perte de la parole ; pouls à 75, régulier; 25 inspirations, respiration suspirieuse ; le malade porte souvent la main gauche à la tête ; il fait encore usage de ses deux mains pour se mettre sur son séant. (Petit lait émétisé, saignées de pied ℥ viij.)

18 janvier. Mêmes craintes, même état d'assoupissement et d'agitation, air hébété. Si on lui présente une montre ou une pièce de monnaie, il ne la suit pas de l'œil droit, comme la veille; il semble toujours entendre, et ouvre la bouche quand on lui demande à voir sa langue, qui reste immobile. Un grain de sel placé successivement de chaque côté de cet organe impressionne le malade, qui cherche à le rejeter. Il semble exister dans le biceps du bras droit une contraction que l'on surmonte facilement. Le malade porte encore ce membre sur la poitrine, et si on le soulève, puis qu'on l'abandonne à son propre poids, il ne tombe pas comme une masse inerte. Il en est de même du membre inférieur droit. La main gauche jouit de tous ses mouvements, et avec elle le malade ôte son appareil; si on pince quelque partie du côté gauche, même légèrement, le malade y porte aussitôt la main, tandis qu'à droite, il faut pincer très-fortement pour que la même main puisse se porter sur l'endroit pincé. (Petit lait émétisé.) Le soir, l'état du malade est à peu près le même.

19 janvier. Le malade s'est beaucoup plaint la nuit. Pouls petit, serré, régulier, sans intermittence. 130 pulsations; trente inspirations. La respiration n'est pas stertoreuse. Selles involontaires; vessie distendue, faisant saillie au-dessus du pubis. Tout le côté droit est insensible, et si on soulève le membre de ce côté, il retombe comme une masse inerte. A gauche, les mouvements et la sensibilité sont conservés. M. Sanson se décide alors à appliquer le trépan. Il voulait d'abord placer une couronne sur l'endroit dénudé; mais le lambeau inférieur ayant été incisé et détaché en bas, on aperçut à l'angle postérieur du coronal une fêlure, qui partait de la réunion du coronal avec le pariétal et le temporal, pour se porter à peu près à dix lignes en avant, sans qu'il y eût enfoncement des os. On appliqua la couronne de trépan sur le lieu de la fracture. L'os scié, on chercha à l'enlever en tirant doucement avec le tire-fond et les élévateurs; mais les deux tiers de la table interne ne

vinrent pas avec le reste de l'os, quoique cependant aucun effort violent n'eût été exercé, et la partie restante de la table interne était distante de l'externe, comme si on eût opéré sur un sinus. Nous verrons plus loin à quoi cela tenait. La couronne fut rajustée sur cette table interne, qui bientôt fut enlevée. La dure-mère fut incisée crucialement. Il ne s'en écoula pas de liquide purulent, mais seulement du sang séreux provenant du diploë en grande partie. Une heure après, une nouvelle couronne de trépan fut encore appliquée, malgré la faiblesse extrême du malade, dont la respiration était devenue stertoreuse. Un liquide jaunâtre, très-fluide, ayant l'aspect du pus, s'écoula en enlevant l'os, et la dure-mère incisée en croix laissa s'échapper environ une demi cuillerée à café de pus. On aperçoit au fond de la plaie une fausse membrane jaunâtre, mais pas de foyer purulent. Le malade succomba deux heures après, sans délire, ni contracture, ni convulsions.

Autopsie vingt heures après la mort. — Rigidité cadavérique également forte dans tous les membres.

Tête. — La voûte crâniene sciée horizontalement, de la bosse nasale à la protubérance occipitale, se détache facilement de la dure-mère. A l'endroit où cet os se joint au pariétal ou au temporal, existe, sur la table externe, une fêlure d'un pouce de long environ, et dirigée directement en avant. C'est sur elle qu'a été appliquée la première couronne de trépan, à dix lignes au-devant du sillon de l'artère meningée moyenne. Cette première couronne de trépan se trouve sur la fêlure de la table externe, et sur la fente verticale de la table interne qui, depuis la fente longitudinale jusqu'à l'endroit où l'os a été trepané, est écarté de la table externe, et fait dans l'intérieur du crâne une saillie d'une ligne et demie environ; c'est cette partie de la table interne, séparée de l'externe, qui ne s'est pas enlevée avec la couronne. La deuxième ouverture du trépan est située à la partie antérieure du frontal, en partie sur la bosse frontale. Les deux tables de l'os ne sont pas disjointes dans cet endroit; le diploë, entre les deux couronnes du trépan, à la partie supérieure de la première dans l'étendue d'un pouce et demi environ, est infiltré de pus. Dans les autres parties il est rougeâtre, sans trace de matière purulente.

Dure-mère. — La dure-mère se détache facilement des os du crâne. A gauche elle est ridée, non tendue, présente à l'extérieur une teinte jaunâtre et l'ouverture des deux couronnes. En arrière de la première couronne, dans l'espace d'un pouce, elle

offre une teinte noirâtre et une surface légérement rugueuse. Rien de semblable au niveau de la deuxième ouverture, pas d'épanchement sanguin ni purulent entre cette membrane et l'os; la dure-mère incisée présente à la surface interne, dans la moitié antérieure de l'hémisphère gauche et sur la partie correspondante de la face, une exudation jaunâtre d'une demi-ligne d'épaisseur et qui s'enlève facilement; sur la partie antérieure de la face, au niveau du bord supérieur interne de l'hémisphère gauche, cette exudation forme dans l'étendue d'un pouce et demi environ, un relief assez saillant. La dure-mère qui recouvre l'hémisphère droit et celle de la base sont lisses, sans exudation, et paraissent à l'état normal. Le sinus longitudinal supérieur contient quelques caillots sanguins noirâtres et du pus en petite quantité. Sa membrane interne est blanche, lisse, non ramollie. Les autres sinus ne présentent rien de semblable.

Arachnoïde.—La grande cavité de l'arachnoïde ne contient aucun liquide sanguin ou purulent épanché; mais en raclant son feuillet cérébral à la partie supérieure et externe de la moitié antérieure de l'hémisphère gauche, on enlève facilement une légère couche d'une matière jaunâtre, liquide, tout-à fait semblable à du pus, Au niveau de cette même partie, les circonvolutions, ne se dessinent point sous l'arachnoïde. Celle-ci est d'un aspect jaunâtre, non fluide, ne se déplace pas sous le doigt, a une épaisseur qui varie d'un quart à un huitième de ligne. Cet état se prolonge dans la scissure interlobulaire. A la face interne de la moitié antérieure de l'hémisphère gauche, elle présente les mêmes caractères qu'à la face supérioure. Sur les faces interne supérieure et une grande partie de l'externe de la moitié antérieure de l'hémisphère gauche, l'arachnoïde s'enlève facilement sans entraîner aucune portion de la substance cérébrale, si ce n'est sur quelques points de la face externe que j'ai indiqués plus loin.

Cerveau. — La substance grise est ferme, non ramollie, non injectée partout, si ce n'est sur quelques points de la face externe de l'hémisphère gauche, où l'on observe trois points ramollis, au niveau desquels l'arachnoïde ne peut s'enlever sans entraîner une partie de la substance cérébrale. Ces points ramollis sont séparés les uns des autres par de la substance cérébrale non ramollie. Ils ont quatre à cinq lignes de superficie et à peu près la même étendue en profondeur. Si l'on incise, on voit une infinité de petits points rouges noirâtres, semblables à des piqûres de puce assez larges. On remarque ensuite une dépression très-apparente sur le

bord interne antérieur du lobe gauche, vis-à-vis la saillie formée par une exudation sur la faux; la substance blanche est légèrement piquetée, non ramollie, excepté sur l'hémisphère droit, où l'on remarque, dans la même étendue que sur l'hémisphère gauche, une légère infiltration de sérosité citrine, sans aucun caractère purulent. Il n'y a pas de foyer sanguin ou purulent dans aucun point du cerveau, de la protubérance et du cervelet, qui sont parfaitement sains. — La moelle épinière n'a pas été examinée; il y a des abcès dans le foie et les poumons.

Cette observation est une nouvelle preuve, qu'il ne faut pas se hâter de prononcer sur l'issue des plaies de tête. En effet, cinq jours après l'accident, les symptômes primitifs ont complètement disparu, sous l'influence des émissions sanguines etc. La plaie présente un bon aspect, ses bords se réunissent, l'appétit revient, le malade se lève, et tout semble faire espérer une terminaison heureuse, lorsque de nouveaux accidents se manifestent le 11ᵉ jour, sans cause connue, et font craindre quelque lésion grave du côté de l'encéphale. Ces symptômes, dans les premiers jours, semblent annoncer une lésion, dont la marche n'était pas très-rapide, ils n'avaient rien de caractéristique, et on arrivait au diagnostic de la maladie plutôt par la voie d'exclusion que directement; ils ne pouvaient appartenir ni à la commotion, ni à la compression, et quoique incomplets, ils se rapprochaient beaucoup plus de ceux que les auteurs attribuent à la contusion, ou mieux à l'inflammation du cerveau et de ses membranes : d'ailleurs en se rappelant l'état d'agitation où avait été le malade au moment de sa chûte, les mouvemens convulsifs qu'il avait eus, l'excitation générale, le délire, il ne pouvait rester de doute que le malade était atteint d'une contusion du cerveau arrivée à sa 2ᵉ période, à sa période d'inflammation. En effet, peu-à-peu les symptômes devinrent plus évidents, et bientôt, quoiqu'il n'y eut ni délire, ni convulsions, ni contracture, ni perte de connaissance, ni état comateux prononcé, il fut impossible d'après la marche des symptômes, de méconnaître une compression de l'encephale,

résultant d'un travail inflammatoire : on dut recourir au trépan, seul moyen qui offrit alors quelque chance pour sauver le malade.

Cette observation fournit encore une nouvelle preuve de méningite sans délire ni convulsions. Quant à la paralysie du côté droit, on peut la rapporter à la compression exercée sur le cerveau, soit par la table interne enfoncée, soit surtout par les exsudations qui se trouvaient sur la dure-mère et l'arachnoide, exsudations qui avaient imprimé une dépression très-apparente sur le bord interne et antérieur du lobe antérieur gauche. Pour ceux qui admettent que le ramollissement produit la paralysie, les points ramollis situés sur la face externe de l'hémisphère gauche peuvent encore en rendre compte.

La perte de la parole ne peut être ici rapportée à la lésion de la corne d'Ammon, mais plutôt à celle du lobe antérieur comme le veulent M. Bouillaud et d'autres physiologistes.

On trouve encore une preuve que la table interne peut être fracturée, enfoncée, sans qu'il y ait lésion de la table externe puisque la fêlure de cette dernière se trouve bien au-dessous de la fêlure interne, qui du reste est plus apparente.

Obs. VI[e] — *Fracture de la base du crâne par contre-coup; disjonction de la suture lambdoïde; déchirure du sinus latéral gauche; contusion par contre-coup des lobes antérieurs du cerveau.* — Le nommé Le Roy, balayeur, âgé de 41 ans, d'une forte constitution, a été reçu à l'hôpital Necker, le 6 mars 1834, à la suite d'une chute sur la tête.

Le 8 mars, au soir, étant ivre, il tomba dans un escalier; à l'instant même il fut relevé et mis au lit. Le sang coulait abondamment par l'oreille gauche. Quels furent les symptômes qu'éprouva ce malade? Les personnes qui soignèrent cet individu, au moment de sa chute, n'ont pu nous donner de renseignements précis sur ce qu'il avait éprouvé. Le 3 et le 4 mars il resta au lit, ne se trouvant pas assez malade pour réclamer des secours. Le sang continue à couler par l'oreille gauche. Le 5 mars, troisième jour après l'accident, sa femme étant en mal d'enfant, il va lui-même chercher une sage-femme, et parcourt un espace de plus de deux lieues avec la même agilité que s'il eût été en bonne santé; il entra même chez

un marchand de vin pour y prendre un canon. A son retour, il se plaignit d'un peu de fatigue et de mal à la tête. Deux heures après son retour, céphalalgie plus intense, fièvre, somnolence; dans la nuit il survient du délire, qui cesse le matin, 6 mars, jour où on l'apporta à l'hôpital Necker. Il est agité, et ne peut rester tranquille. Il gagne son lit, seulement soutenu par le bras; la face est rouge, animée, les paupières sont un peu abaissées, pas de déviation de la bouche, ni de contraction des muscles de la face. Le pouls est fort, plein, tendu, la peau est chaude, il y a beaucoup de fièvre. Interrogé sur son accident et sur l'état où il se trouve, il répond d'abord avec beaucoup de justesse aux questions qu'on lui adresse, mais ensuite ses réponses sont décousues, incohérentes.

Dans le point où le choc a eu lieu à la partie postérieure, supérieure et externe du pariétal gauche, on trouve une bosse peu saillante, à base large, d'une circonférence de 5 à 6 pouces, sans lésion du cuir chevelu. A l'endroit de la contusion le malade accuse une douleur assez vive, mais à la région frontale surtout; il a un air d'hébétude très-marqué. La jambe et la cuisse, du côté droit, sont dans un état d'extension qui semble involontaire : si on soulève ce membre, il retombe en masse et lourdement; la sensibilité est manifestement diminuée; la chalour est conservée; la jambe gauche, fléchie sur la cuisse, jouit de toute sa sensibilité et peut exercer tous ses mouvements habituels. (25 sangsues aux apophyses mastoïdes : elles saignent abondamment.)

Jusqu'au soir pas de changement : alors le malade est pris de délire, on lui met la camisole pour l'empêcher de se jeter hors de son lit, il s'agite, sa respiration est difficile; de temps en temps, il fait entendre quelques sons inarticulés. (Sangsues en permanence derrière les oreilles, sinapismes aux pieds). Le délire continue, et il meurt à dix heures du soir, douze heures après son entrée, quatre jours après sa chute.

Autopsie 30 heures après la mort. — Au niveau de la bosse pariétale du côté gauche, on remarque une contusion avec empâtement. Le cuir chevelu est infiltré de sang; le péricrâne, dans l'étendue d'une pièce de 5 francs, est séparé de l'os qui n'est pas fracturé, Après avoir enlevé tout le cuir chevelu, on remarque à la partie postérieure et gauche de la tête une disjonction de la suture lambdoïde, laquelle est continuée par une fracture qui affecte le temporal et passe à la base de l'apophyse mastoïde. Une autre fracture partage en deux le conduit auditif à l'orifice duquel on trouve un petit fragment osseux détaché, de la largeur d'une pièce de

5 sols. Le rocher est fracturé en différents endroits, des esquilles même sont séparées. La cavité glenoïdale est aussi fracturée, et le sinus latéral gauche est largement ouvert à l'endroit où il s'ouvre dans le trou déchiré postérieur. Immédiatement au-dessous du pariétal, dans le lieu où a porté le coup, il y a un épanchement sanguin circonscrit entre l'os et la dure-mère, dans une étendue de cinq à six pouces. Le sang en petite quantité forme des caillots peu consistants.

A la surface convexe de l'hémisphère gauche, on rencontre des épanchements partiels; ils donnent à la dure-mère un aspect noirâtre, marbré, remarquable surtout au niveau des lobes antérieurs. Ces lobes, le gauche principalement, présente une couleur lie de vin : ils sont ecchymosés, contus, ramollis avec désorganisation de la substance cérébrale, qui est réduite en bouillie, infiltrée de beaucoup de sang. Cette espèce de broiement de la substance cérébrale est beaucoup moins prononcé dans le lobe droit; la dure-mère, dans cet endroit, est séparée des os, le reste du cerveau est sain. Les autres organes ne présentent rien de remarquable.

L'absence de phénomènes de compression dans les premiers moments peut s'expliquer de la manière suivante : Le sinus déchiré, communiquant avec la fracture comminutive du rocher, et celle-ci avec l'oreille externe, le sang, au lieu de s'amasser dans le crâne et de comprimer le cerveau, suivit la voie qui lui était ouverte, et s'écoula par l'oreille. Tant que dura l'hémorrhagie, les symptômes de compression ne se manifestèrent pas. Jusque-là, il n'y avait eu encore que ceux de contusion ; mais vers le quatrième jour, par suite de l'obstruction que ces caillots sanguins déposés entre les lèvres de la fracture auront produits, il en sera résulté un obstacle à l'écoulement du sang qui s'est épanché entre la dure-mère et le crâne, et a donné lieu aux symptômes de compression observés. A toute cette série d'accidents sont venus s'ajouter les signes secondaires de la contusion du cerveau, c'est-à-dire l'inflammation de la substance encéphalique, puis la mort.

L'observation suivante, qu'on trouve consignée dans la *Ga-*

zette médicale (juillet 1836), nous paraît devoir être rapprochée de la précédente.

Obs. VIIe. — *Plaie de tête avec déchirure du cerveau sans symptômes primitifs.* — Jacques Stappé, maçon, âgé de 30 ans, est blessé au front par son fusil qui éclate près de la culasse; il n'est point renversé par le coup, quoiqu'il fût accroupi en tirant. Le sang ruisselait assez abondamment de sa blessure; il se met en marche pour aller se faire panser, et fait à pied trois quarts de lieue. A son arrivée, Stappé dit n'éprouver ni douleur de tête ni faiblesse, ni somnolence, aucun des signes, enfin, de la commotion ou de l'épanchement cérébral. Le pouls est naturel, le moral bon, seulement la figure est un peu animée. Stappé se promène toute la journée dans les salles de l'hôpital et ne se couche qu'à six heures, il dort jusqu'à trois heures d'un sommeil assez tranquille; *alors il s'éveille en poussant des soupirs et se plaignant de malaise, de maux de cœur. Il éprouve une agitation continuelle et de la difficulté à s'exprimer.* Cet état se prolonge jusqu'à sept heures du matin, où il meurt sans avoir offert d'autres symptômes.

A l'ouverture du crâne, faite six heures après sa mort, nous trouvâmes, dit M. le docteur Voillot qui a recueilli l'observation, une portion de la table interne du coronal, mobile; la dure-mère déchirée vis-à-vis d'elle offrait une ouverture ayant les dimensions et la forme de cette esquille; autour de cette déchirure existait une légère douleur; *la substance du cerveau était entamée dans la profondeur de 4 lignes.* Les vaisseaux de la dure-mère étaient gorgés de sang sur toute la surface du lobe antérieur gauche. A la base du cerveau se voyait un épanchement considérable (quatre cuillerées environ.) On remarquait une très légère ecchymose dans le fond de la plaie du cerveau; il n'existait dans cette plaie aucun corps étranger.

Ce fait nous paraît digne de remarque, dit M. Voillot, en ce qu'il s'éloigne tout-à-fait de la règle ordinaire: il n'y a ni commotion, ni signes d'épanchement; seulement le malade a été un peu étourdi; mais il n'est pas tombé, il a conservé sa connaissance. A quelle cause doit-on attribuer sa mort? Ce n'est pas à l'inflammation, car elle n'a pas eu le temps de se développer, et après la mort, nous n'en avons point trouvé de

traces notables. Ce n'est point à la commotion : ce ne peut être qu'à la compression occasionnée par l'extrême plénitude des vaisseaux de la dure-mère et par l'épanchement existant à la base du cerveau.

Nous ne partageons pas l'opinion de M. Voillot, et pour nous cette observation n'a rien d'extraordinaire : nous trouvons la cause de la mort, et l'autopsie du malade le confirme, dans la contusion cérébrale, au moment où la réaction aura commencé. Nous pensons, en outre, que, si au lieu d'arrêter le sang qui sortait par la plaie, on eût facilité l'écoulement, la mort ne serait pas arrivée si promptement, si elle avait dû arriver. L'épanchement sanguin trouvé à la base du cerveau n'aurait pas eu lieu ; l'ouverture de communication entre le cerveau et la plaie était comme une véritable ouverture de trépan ; nous avons eu l'occasion de voir plusieurs exemples de ce genre, et les malades ont dû leur salut à ces larges ouvertures accidentelles.

Obs. VIII. — *Fracture directe et par contre-coup de la mâchoire inférieure. Légers symptômes de compression, avec diminution de la sensibilité des tégumens, délire, mort. Rupture des vaisseaux sanguins qui vont du crâne à la dure-mère et de cette membrane au cerveau. Couche mince d'un dépôt jaunâtre, entre le cerveau et la dure-mère etc.* — Le 26 de septembre, Lecointe âgé de 30 ans, charretier, d'une assez forte constitution, jouissant habituellement d'une bonne santé, vint à l'Hôtel-Dieu, salle sainte-Agnès, nº 32, pour deux fractures complètes de la mâchoire inférieure. Il avait reçu en se battant un coup de pied dans la région parotidienne gauche. De ces deux fractures, l'une était directe et située à la base de la branche montante de l'os maxillaire, du côté gauche ; l'autre, par contre-coup, occupait un peu à droite, sur le côté de la ligne médiane, le corps de la mâchoire inférieure. Elles étaient toutes deux obliques, la première d'avant en arrière et de haut en bas, la seconde de haut en bas également et de gauche à droite. A son entrée le malade rendit clairement compte de son état et nous dit que ces fractures avaient été faites par le même coup de pied. Il fut saigné, mis à la diète, et les fractures furent maintenues par un double chevestre. Les jours suivants, le troisième de son entrée, une odeur in-

fecte, gangréneuse, s'exhalait de sa bouche ; il était toujours assoupi, dans un état un peu comateux, toutes les questions qu'on lui adressait; peu sensible aux légers pincements auxquels on le soumettait.

Il n'y eut rien de nouveau dans son état jusqu'au 10 octobre, 14e jour de son entrée. Il fut pris dans la nuit d'un délire tranquille, se leva deux fois, demandant ses chevaux pour s'en aller, et le lendemain, 11 octobre, à la visite, il répondit encore fort bien aux questions qu'on lui fit, mais l'assoupissement avait toujours lieu au même degré. (Sangsues au nombre de 4 à la fois, furent appliquées successivement derrière les oreilles; 2 pots de petit lait émétisé).

La veille, le malade s'était plaint de douleurs dans la région thoracique droite, et l'auscultation ayant fait connaître que la respiration était profonde et difficile, et la percussion qu'il existait une matité considérable: on appliqua sur la poitrine 30 sangsues qui saiguèrent abondamment et le soulagèrent un peu. Le poumon gauche remplissait également mal ses fonctions, et la matité de ce côté était encore plus marquée qu'à droite; mais le malade n'y accusait aucune douleur. Son état empira, son assoupissement augmenta, et le 11 octobre à 5 heures du soir, la mort survint.

Autopsie 40 heures après la mort. — Le crâne est enlevé circulairement; la dure-mère ayant été fendue sur les côtés de sa faux, le cerveau fut renversé d'avant en arrière.

On remarque, sur la surface de l'extrémité antérieure du lobe moyen gauche, une teinte légèrement jaunâtre, qui ressemble aux dernières traces que laisse une ecchymose sur le point de disparaître. Cette teinte jaunâtre est tout-à-fait superficielle, et ne pénètre pas à deux lignes de profondeur dans l'épaisseur de la substance grise, qui n'est pas désorganisée; la substance blanche qui se se trouve au-dessous, est entièrement intacte. Dans le point où correspond le lobe moyen du cerveau, c'est-à-dire dans la fosse moyenne du crâne, on remarque, sur la face interne de la dure-mère, de petits vaisseaux sanguins, séparés les uns des autres, comparables à des gouttes de sang qui commencent à se dessécher et qui sont privées de sérum. Il n'existe aucun autre épanchement entre la dure-mère et le cerveau. A sa partie externe la dure-mère est séparée du crâne dans l'étendue d'une pièce de cinq francs, et on trouve, entre cette dure-mère et l'os, des gouttelettes de pus bien formé et de bonne nature; la couleur de l'os dans ce point offre une blancheur sale et mate qu'on ne remarque nulle part ailleurs.

Il n'existe dans ce point aucune fracture apparente des os du crâne. Le reste du cerveau et de la dure-mère est sain et ne présente aucune lésion. — Je ne donne avec détail que ce qui concerne le cerveau ; je dirai seulement qu'au niveau de l'angle de la mâchoire, les parties molles étaient fortement désorganisées, étaient gangrenées ; que le poumon droit était engoué dans toute son étendue ; qu'il était recouvert d'une pseudo-membrane, suite de l'inflammation qui avait atteint toute la plèvre de ce côté, que le poumon gauche était petit, revenu sur lui-même, quoique sain ; que des adhérences anciennes et nombreuses, réunissaient les deux feuillets de la plèvre de ce côté,

A l'arrivée du malade, toute l'attention se porta sur la fracture de la mâchoire inférieure. L'affection qui a déterminé la mort fut perdue de vue : l'assoupissement continuel, l'insensibilité, le délire du malade indiquèrent bien, les jours suivants, que l'encéphale avait été lésé ; il était évident, ainsi que l'autopsie est venue le démontrer, que la lésion du cerveau ne devait pas être très-grave, et que la substance grise était seulement intéressée et très-superficiellement. L'abolition de la sensibilité des membres chez ce malade, son indifférence lorsqu'on le pinçait, sont pour nous les signes de cette lésion superficielle, qui d'ailleurs ne peut avoir lieu sans qu'il y ait en même temps déchirure des petits vaisseaux qui vont du cerveau à la dure-mère, et de celle-ci au crâne. Cette désorganisation partielle donne lieu à un petit épanchement superficiel, circonscrit, trop peu abondant pour amener la paralysie ; mais comprimant assez cependant la masse encéphalique pour déterminer du coma, de l'assoupissement, de la lenteur dans les réponses. Le délire tranquille qui se déclara plus tard, indiquait que les membranes du cerveau s'étaient enflammées, sinon généralement, du moins partiellement, ce qui a été confirmé par l'autopsie. Elle nous donne d'ailleurs l'explication de tous les phénoménes observés pendant la vie, et nous a fait regretter qu'on n'ait pas mis en usage un traitement plus actif ; peut-être la maladie eût été enrayée.

OBS. IXe. — *Fracture du crâne, contusion du cerveau. Kyste de l'arachnoïde.* — L'observation qui est rapportée dans les *bulletins de la Société Anatomique* (année 1835, 3e série, no) vient à l'appui de notre doctrine. Elle a pour sujet un homme qui, trouvé sans connaissance et apporté de suite à l'hôpital, ne présentait d'autre trace de lésion extérieure que la face couverte de sang et une large ecchymose, avec tuméfaction des paupières, de la moitié inférieure du front et de la tempe gauche. Il était plongé dans le coma; la respiration était lente et embarrassée; les pupilles contractées moins à droite qu'à gauche; la langue déviée à droite; émission involontaire d'urines. Il n'y avait paralysie ni du mouvement ni du sentiment, mais les avant-bras fléchis contre la poitrine ne pouvaient être ramenés à l'extension, sans employer quelques efforts et sans faire pousser quelques sourds gémissements au malade. La peau était chaude, le pouls plein, dur et fréquent. Une saignée de 4 palettes fut immédiatement pratiquée; on mit des sinapismes aux jambes. Le soir, le malade était à-peu-près dans le même état, à l'exception du pouls qui présentait un peu moins de fréquence et de dureté. Il passa la nuit dans un profond assoupissement. Le lendemain matin, il y avait paralysie complète de toute la moitié gauche du corps. La respiration était stertoreuse; le malade fumait la pipe. (Saignée de 3 palettes, glace sur la tête.) Le soir, même état. (40 sangsues aux apophyses mastoïdes.) Pendant la nuit, délire tranquille, la paralysie avait en partie disparu, toutefois l'aplatissement du côté gauche de la face persistait, quoique la sensibilité y fût rétablie. Interrogé s'il avait mal à la tête, le malade répondit affirmativement, mais ne put désigner l'endroit où il éprouvait le plus de douleur. Un instant après, il demanda le bassin. En somme, il était beaucoup mieux que les jours précédents, mais bientôt il retomba dans un assoupissement plus profond que jamais, la respiration devint plus embarrassée, et il expira à trois heures de l'après midi.

A l'*autopsie*, les téguments du crâne enlevés, on ne rencontra extérieurement aucune lésion récente des parties osseuses, mais on découvrit les traces très-apparentes d'une ancienne fracture qui s'étendait depuis la bosse frontale gauche jusqu'à la partie externe et droite de la protubérance occipitale. Les parties osseuses ne s'étaient point réunies partout, et il existait dans l'étendue d'un pouce et demi un écartement d'une ligne à la partie moyenne de la fracture. Il n'existait aucune trace d'épanchement ancien ni récent entre le crâne et la dure-mère, ni d'adhérence de cette membrane. En ou-

vrant la dure-mère, on rencontra un épanchement de sang diffus et peu considérable, occupant presque toute l'hémisphère droite du cerveau. Un caillot de sang noir et peu consistant remplissait la fosse latérale droite de la base du crâne. En cet endroit un ramollissement pultacé du cerveau, d'un demi pouce de profondeur, attestait une contusion évidente de cet organe; à gauche et sous la dure-mère qui ne lui était nullement adhérente, existait, dans la cavité de l'arachnoïde, un kyste de la largeur d'un pouce et demi, et occupant presque toute la partie supérieure de l'hémisphère correspondante. Cette espèce de poche membraneuse, de 4 à 5 lignes d'épaisseur environ, comprimait la substance cérébrale, qui présentait en cet endroit une espèce de sillon pour la recevoir. Les parois en étaient très-épaisses et très-consistantes; elle renfermait dans son intérieur une espèce de gelée transparente, recouvrant un caillot sanguin de couleur noirâtre et de la grosseur d'une noisette. L'autopsie du cerveau, faite sous les yeux de la Société Anatomique, à part la désorganisation circonscrite dont on a parlé plus haut, n'a présenté rien autre chose de particulier qu'une altération du nerf auditif gauche, converti en une masse rugueuse, consistante et ressemblant assez à de la cire fondue. (Le malade était complètement sourd, de ce côté, depuis un an). L'examen de la base du crâne fit voir une fracture récente, commençant au-dessus de l'apophyse orbitaire externe gauche, longeant toute la partie postérieure de la voûte orbitaire, et venant se réunir sur la fosse pituitaire avec une autre fracture. Celle-ci s'étendait depuis la partie interne de l'arcade surcilière droite jusqu'à cette même fosse, en traversant ainsi l'ethmoïde et la portion du sphénoïde qui s'articule avec lui. Ces lésions expliquent d'une manière tout-à-fait satisfaisante l'épistaxis dont ce malade fut pris au moment de son accident, et l'infiltration de la conjonctive. Il n'y avait point d'épanchement sanguin entre les os et la dure-mère aux endroits correspondant à ces fractures.

La sœur du malade fit connaître qu'environ un an et demi auparavant, cet homme avait fait une chute sur la tête. Cette chute n'avait eu aucune suite fâcheuse; seulement, six mois après, il devint sourd de l'oreille gauche, ressentit de temps en temps dans le bras gauche des douleurs d'engourdissement et de fourmillements, ainsi que dans le membre abdominal du même côté; il n'en continua pas moins ses occupations. Quinze jours avant sa mort, il éprouva un assoupissement plus marqué, les fonctions digestives et intellectuelles étaient parfaitement conservées.

Les accidents qui suivirent la chute de cet homme, savoir la respiration lente et embarrassée, la contractilité des pupilles, la flexion des avant-bras, accidents attribués ordinairement à la compression du cerveau, étaient évidemment dus à la contusion de cet organe. Il est à remarquer qu'il n'y avait pas alors de paralysie. La paralysie complète de tout le côté gauche du corps, qui survint pendant la nuit, la respiration stertoreuse, annoncèrent que la compression s'était jointe à la contusion, c'est-à-dire que l'épanchement sanguin était devenu plus considérable et comprimait davantage le cerveau. La disparition presque complète de la paralysie, à la suite des émissions sanguines, des applications froides; le délire tranquille qui avait eu lieu pendant la nuit, ne prouvent-ils pas d'une manière évidente, qu'au fur et à mesure que les accidents ou la cause de la compression disparurent, ceux de la contusion les remplacèrent aussitôt. Cette observation et quelques-unes qui précèdent nous prouvent encore que lorsque le sang peut s'écouler au-dehors à travers les lèvres de la fracture, les accidents sont moins prompts, moins graves, et que le malade peut avoir quelque chance de guérison.

Obs. X[e]. — *Chute ancienne sur la tête. Écoulement purulent par l'oreille gauche. Paralysie de la face de ce côté. Hémorrhagie, mort. Carie de la portion pierreuse du temporale, destruction partielle du nerf de la 7[e] paire, perforation de la carotide interne du côté gauche.* — Dans le mois de décembre 1834, Bichot, âgé de 42 ans, porteur a la Halle, vint à l'hôtel-Dieu pour un écoulement purulent par l'oreille gauche. A l'âge de dix ans, il tomba d'un premier étage, se fit à la partie antérieure droite de la tête une plaie dont on aperçoit la cicatrice. Il ne perdit pas connaissance, ne rejetta de sang, ni par le nez et la bouche, ni par les oreilles, et se rendit à pied à l'Hôtel-Dieu où il resta 15 à 20 jours. Il sortit guéri, sans avoir éprouvé de symptômes graves. En 1812, en montant un sac de farine sur une échelle qui cassa, il se fractura une jambe dont il est parfaitement guéri. En 1826, étant ivre, il fut apporté à l'Hôtel-Dieu, après avoir fait une chute d'un 4[e] étage. Il était sans connaissance. Il existait à la partie supérieure et un peu postérieure de la tête une plaie avec enfoncement du crâne; on sent en-

core une dépression de la largeur d'une pièce de 2 francs, à l'endroit où le malade prétend qu'existait la plaie. La céphalalgie fut peu intense, il ne rendit pas de sang par le nez ou les oreilles, n'eut pas de délire, n'éprouva aucun symptôme de paralysie, et sortit après deux mois et demi de séjour à l'Hôtel-Dieu. Quelques portions d'os avaient été extraites pendant qu'il resta à l'hôpital, et après sa sortie, il rentra pour en faire extraire de nouvelles, ce qui ne l'empêcha pas de vaquer à ses occupations. Il y a six ans environ, sans cause connue, Bichot fut pris de bourdonnements dans l'oreille gauche et d'une douleur très-vive qui se répandait dans toute la tête, et peu de temps après d'un écoulement purulent par la même oreille. Il entra à l'Hôtel-Dieu, où il fut saigné ; des sangsues furent appliquées derrière l'oreille, un vésicatoire, puis un séton placés à la nuque. Sous l'influence de ces moyens, la suppuration diminua, mais ne disparut pas complètement. Après un séjour de quatre à cinq mois, le malade sortit, en état de reprendre ses occupations, qu'il continua jusqu'au mois de mai 1833. Alors, la suppuration ayant beaucoup augmenté ainsi que la douleur, il revint à l'Hôtel-Dieu, où il resta environ six mois. Un nouveau séton, des moxas furent appliqués. Dans le mois de juin 1833, se promenant avec un autre malade, celui-ci lui dit qu'il avait la bouche de côté; ce dont il ne s'apercevait pas, ne souffrant pas plus que d'ordinaire. Depuis lors, l'état de la paralysie de la face n'a pas changé, malgré tous les moyens employés. Il sortit encore, se trouvant mieux, mais non parfaitement guéri, reprit ses occupations qu'il continua jusqu'au mois de décembre 1835, où il revint encore à l'Hôtel-Dieu.

3 Janvier. — Le malade est maigre, pâle ; la bouche est tirée à droite, la langue n'est pas déviée, lors même que le malade la tire au-dehors. Quand le malade parle ou respire, la face du côté gauche se gonfle et retombe flasque, ce qui n'a pas lieu à droite; strabisme. La paupière du côté gauche ne peut être abaissée, lors même que l'on commande au malade de fermer les deux yeux, ou que l'on dirige un corps étranger sur l'œil gauche. La sensibilité est égale des deux côtés de la face. Le nez est aussi un peu dévié à droite, pas de céphalalgie; un pus abondant, fétide, s'écoule par l'oreille gauche. Si, avec le doigt, on presse au dessus de l'apophyse mastoïde, on fait sortir le pus en plus grande quantité. L'appétit est bon, toux sèche, presque continue. Depuis cinq à six ans, Bichot tousse de temps en temps ; sa respiration est moins libre.

Incision d'un pouce de hauteur environ, à la partie postérieure et supérieure du sterno-mastoïdien, pour arriver sur le lieu d'où la pression semble faire sortir le pus. On incise jusqu'à l'aponévrose profonde ; mais le voisinage des artères et des autres parties importantes de cette région ne permet pas d'aller plus loin à la recherche du foyer, sur lequel le bistouri n'arrive pas. On maintient les bords de la plaie écartés, au moyen d'un bourdonnet de charpie, et on fait un pansement simple.

2 février. Depuis son entrée, le malade dépérit ; la suppuration de l'oreille est toujours la même. Depuis quinze jours, le malade a de la diarrhée, des suours nocturnes, un peu de fièvre.—20 février. Amaigrissement considérable, diarrhée qui disparaît et reparaît presque de suite; pas d'hémoptysie, même état de la face et de l'oreille. (Tisane édulcorée, lavement laudanisé.)

7 mars. Tandis que le malade parlait, sans toux, sans oppression antécédente, un sang rutilant s'écoule en abondance par la bouche, le nez et l'oreille du côté malade. Le sang n'était pas spumeux, ne contenait aucun caillot. Il y en avait plein un crachoir. Le pouls était insensible; extrémités froides, grincement de dents, immobilité des yeux. Le sang s'arrêta tout-à-coup après avoir coulé deux minutes environ. — 8 mars. Une seconde hémorrhagie survint le matin, mais moins abondante que la première; elle s'arrêta encore d'elle-même. Dans la soirée, l'hémorrhagie se manifesta encore, mais plus abondante que les deux autres : elle s'accompagna de strabisme, de mâchonnement, et le malade mourut en peu d'instans. Il avait été impossible d'arrêter cette nouvelle hémorrhagie.

Autopsie, 36 *heures après la mort.* — Pâleur générale du cadavre; rigidité de tous les membres; à droite et en arrière de la suture sagittale, au-dessus de l'angle postérieur et supérieur du pariétal, existe un enfoncement de la largeur d'une pièce de deux francs, d'une ligne de profondeur. A l'intérieur, aucune saillie ne correspond à cet enfoncement. La portion d'os qui forme la dépression est plus poreuse, moins épaisse que le reste des os du crâne, et le périoste s'en détache facilement. L'incision pratiquée derrière le sterno-mastoïdien était à une ligne environ du foyer purulent, qui communiquait avec l'oreille. L'arachnoïde est lisse, humide, se détache facilement sans entraîner aucune portion de la substance cérébrale. Dans quelques points cependant elle est légèrement opaline et épaissie. Les circonvolutions cérébrales sont bien prononcées. La substance cérébrale est ferme, plutôt pâle

qu'injectée. Une cuillerée de sérosité limpide s'écoule des ventricules latéraux. Le cervelet est parfaitement sain. La dure-mère non ramollie présente une teinte noirâtre à la partie postérieure du rocher et à sa base en avant : si on soulève cette membrane, on voit une ouverture arrondie de trois lignes de diamètre, siégeant à l'union de la face supérieure du rocher avec la portion écailleuse du temporal. Cette ouverture, qui dépend de la destruction de l'os, va correspondre à un autre qui existe à la face inférieure du rocher, et dont je parlerai plus loin. En arrière du rocher, existe une autre ouverture, qui dépend surtout de la carie qui correspond à l'occipital et au bord du rocher. Cette ouverture a détruit toute la fosse jugulaire et vient aussi communiquer à la base du rocher, qui est presque complètement détruite par la carie. L'apophyse styloïde est détachée du reste de l'os. L'ouverture de la trompe, le canal carotidien ont complètement disparu. Le limaçon et les canaux demi circulaires sont mis à nu dans quelques points; il ne reste du conduit auditif externe qu'un simple cercle osseux qui forme son entrée. L'apophyse mastoïde est intacte, ainsi que les cellules mastoïdiennes. Toute la face inférieure du rocher est un vaste foyer putride, contenant quelques parcelles osseuses. Le nerf de la septième paire, à partir de son entrée dans l'aqueduc de Fallope, n'existe plus jusqu'à son passage derrière l'apophyse mastoïde. Le sinus latéral gauche est presque oblitéré dans sa partie inférieure, tandis qu'un peu plus haut existe un caillot adhérent, sans traces de pus. La carotide interne dont les parois sont minces, un peu molles, présente une ulcération d'une ligne de diamètre sur son côté antérieur, à peu près au milieu de son trajet dans le rocher, où elle est mobile, et baigne dans la sanie purulente. Elle ne contient pas de caillots. Caillots abondants dans les fosses nasales et à l'orifice de la trompe du côté gauche.

Évidemment, dans ce cas, les chutes fréquentes qu'a faites ce malade, les accidents cérébraux qui en seront résultés, auront déterminé le décollement de la dure-mère, la rupture de ses vaisseaux, puis une carie du rocher Celle-ci, à son tour, a amené l'ulcération de la carotide, qui a déterminé des hémorrhagies mortelles.

Obs XII[e]. — *Coup de pied de cheval. Enfoncement des os du crâne. Accès épileptiformes. Enorme suppuration. Amélioration notable après*

cinquante-cinq jours. Guérison. — Un cocher de maison bourgeoise, âgé de 30 ans, d'une bonne constitution, fut apporté à l'hôpital le 15 octobre 1833. Il était plongé dans un coma profond; sa tête présentait un volume énorme; mais avec une dépression marquée à la temporale gauche. Le visage était œdémateux, les paupières infiltrées, ecchymosées; l'œil gauche comprimé paraissait vouloir sortir de son orbite. Une large infiltration sanguine environnait une solution de continuité qui, partant de l'épine nasale, suivait l'arcade surcilière et venait se terminer à la tempe. Le pouls était faible et lent. L'état du malade ne permettant pas de lui pratiquer une saignée, l'élève de garde se contenta de lui raser la tête, d'appliquer soixante sangsues à la région temporale, puis il tenta la réunion à l'aide de bandelettes agglutinatives, et le tout fut recouvert de charpie molle et d'un bandage approprié. Ce malade resta entre la vie et la mort pendant quatre jours, temps au bout duquel il reprit assez de force pour raconter lui même la cause de son mal. Il était occupé à panser un des chevaux qui lui étaient confiés, et lui nettoyait ce qu'on appelle le *boulet*, lorsque celui-ci, impatienté, lui lança un coup de pied qui le renversa. Depuis cette époque, il resta sans connaissance et fut porté à l'Hôtel-Dieu au bout de quatre jours seulement, dans l'état que nous avons décrit.

La suppuration s'établit, et la crainte d'un érysipèle fit enlever les bandelettes agglutinatives; bientôt le pus se fit jour à travers l'orbite, le nez et la bouche. Quelques mouvements nerveux qui avaient la plus grande analogie avec l'épilepsie, s'étant montrés, M. Dupuytren pensa qu'ils étaient produits par la présence d'esquilles aiguës qui lacéraient le cerveau. Les douleurs que le malade ressentait étant devenues intolérables, on eut recours à l'application d'un petit vésicatoire saupoudré d'hydrochlorate de morphine, et, quoique leur cause fût sans doute mécanique, cet agent les fit disparaître presque entièrement. La plaie explorée, ce ne fut pas sans quelqu'effroi qu'on s'aperçut que le stylet pénétrait librement jusqu'à la base du crâne d'avant en arrière et jusqu'aux fosses nasales de dehors en dedans. Cette fracture tenant lieu visiblement de trépan et fournissant une large ouverture, il est devenu aisé de retirer et de relever les fragments enfoncés ou écartés, de laisser au sang épanché la liberté de s'écouler, et à la suppuration une issue facile.

Le chirurgien a cru devoir prévenir l'inflammation par les saignées et les autres moyens antiphlogistiques, et dans la vue

d'entretenir le ventre libre, de produire une révulsion, il a employé, conjointement avec les saignées, de légers purgatifs, des lavements irritants. Une diète rigoureuse a été observée. Ce n'est qu'après plusieurs jours que, tourmenté par la faim, quelques aliments ont été accordés à ce malade. On n'osait pas encore espérer la guérison ; mais ne pourrions-nous pas répéter, avec le professeur qui le soignait, que le grand fracas des os du crâne est souvent pour les blessés une cause de salut? Cet homme est sorti guéri sans aucune trace de paralysie.

Evidemment, pendant les premiers jours, le malade avait été sous l'influence de la commotion et de la contusion du cerveau, avec lésion de la substance cérébrale, produite par les esquilles. L'assoupissement d'un côté, les mouvements épileptiformes de l'autre, ne nous permettent pas d'en douter un seul instant. Chez ce malade, le traitement a été si actif qu'on n'a vu survenir aucun des accidents inflammatoires si graves qui amènent le délire, et causent dans presque tous les cas la mort.

Obs. XIIIe — *Chute de 30 pieds sur des moellons. Mort. Contusion du cerveau.* — Au commencement de décembre 1834, on apporta à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, un maçon qui venait de faire une chute de trente pieds de hauteur. Il est sans connaissance, le côté gauche de la tête surtout est sali par du plâtre et de la terre écrasée sur les cheveux; la peau est froide, le pouls est lent, la respiration embarrassée; impossibilité de tirer un mot du malade, paralysie de tout le côté gauche du corps, perte de la sensibilité et du mouvement à droite, avec une légère contracture du bras, qui résiste lorsqu'on veut l'étendre; dilatation considérable de la pupille à gauche; resserrement énorme à droite; écoulement considérable de sang par le nez et l'oreille droite; arrivé à six heures du soir, cet individu était mort à une heure du matin.

Autopsie. Fracture du radius droit, plaie profonde, à lambeaux; à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de la jambe droite, épanchement sanguin considérable, entre le cuir chevelu et le crâne du côté gauche; il y a un décollement considérable dans toute la région latérale de la tête. Au-dessus de la région temporale, un peu en avant, existe une fracture avec

enfoncement. Cette fracture s'étend en haut jusqu'à la partie supérieure de la tête, en suivant la fracture du coronal avec le pariétal; inférieurement elle occupe toute la base du crâne, qui est fracturée comminutivement. L'apophyse d'Ingrassias de ce côté est séparée et vacillante. La fracture traverse la selle turcique et se porte sur les parties latérales droites. Un épanchement sanguin considérable existe entre la dure-mère qui est décollée dans une grande étendue, et le crâne du côté gauche. Le sang ressemble à de la gelée de groseilles; une contusion avec désorganisation, avec attrition du tissu cérébral, existe sur tout le lobe moyen, qui est déchiré, réduit en bouillie. Ces désordres sont profonds et s'étendent jusqu'à un demi-pouce. Du côté droit, on ne trouve rien, si ce n'est dans l'épaisseur de l'hémisphère de ce côté, un pointillé plus prononcé que dans les parties environnantes. Cet endroit de la substance cérébrale est injecté, sablé, à la largeur d'une pièce de vingt sous, c'est une véritable ecchymose. Tous les autres organes sont sains.

Cette observation est de celles qui prouvent, que, lorsque l'épanchement est considérable à la suite de la contusion du cerveau, les signes de cette lésion sont masqués et affaiblis par ceux de la compression. On remarque encore dans cette observation, que l'épanchement et la lésion de l'encéphale, siégeaient du côté où se trouvait la paralysie, ce qui prouve qu'on court le risque dans certains cas d'appliquer le trépan loin du lieu convenable. (*La suite au prochain N°.*)

Du Cancer des poumons; Mémoire qui a reçu une mention honorable par la Société de Médecine de Toulouse; par M. Heyfelder, *médecin à Sigmaringen.*

Les traités d'anatomie pathologique ne s'occupent que fort peu des dégénérations cancéreuses des poumons. Meckel (1) ne

(1) *Handbuch der pathologischen Anatomie*, vol. II Part. 2. p. 366.

les connaît que par les recherches de Bayle sur la phthisie pulmonaire. Ce dernier observa la dégénération cancéreuse des poumons seulement trois fois sur 900 cas de phthisie pulmonaire. Il est le premier qui ait donné une bonne description de cette maladie particulière, quoiqu'il s'en trouve aussi quelques exemples dans les ouvrages de Morgagni (1) et de Portal (2). Bégin (3) la rencontra quatre fois sur 200 autopsies, Velpeau (4) et Andral (5) ne la virent qu'une seule fois. Carswell (6) en a donné une planche médiocrement exécutée. Le professeur Rapp, de Tubingue, a eu une seule fois l'occasion d'observer le cancer pulmonaire chez un sujet de 40 ans. M. Ravin (7) fait mention d'un cas observé par M. Lebidois, et sans aucun doute il faut ranger dans cette classe de maladies les tubercules stéctomateux dont il a parlé dans les mémoires de l'Académie de Médecine. Laennec (9) en fait une mention dans l'article sur les encéphaloïdes du poumon, et Hope (10) en donne une bonne description en adoptant l'opinion de Laennec sur cette maladie.

D'aprés les observations faites jusqu'à présent, le cancer pulmonaire se présente sous deux formes principales : dans la *première,* plusieurs masses cancéreuses, de forme et de volume

---

(1) *De causis et sed. Morb.* Ed. Chaussier et Adelon, t. VII, 641.

(2) Observ. sur la nature et le traitement de la phthisie pulmon. Paris, 1817, t. I, p. 3, 27, 38, 72, 77, 109, 110, 148 et 150.

(3) Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie prat. t. IV, p. 489.

(4) Exposition d'un cas remarquable de maladie cancéreuse avec oblitération de l'aorte. Paris, 1825.

(5) Clinique médicale, 2e édit. t. II, p. 376.

(6) *Pathological anatomy. Illustrations of the elemenatry forme of diseases.* Fasc. third., figure 5e de la première planche.

(7) Mémoires de l'Acad. roy. de méd., t. IV, fasc. III, p. 358 et p. 341 — 361.

(8) De l'Auscultation médiate, 1818, t. I, p. 312.

(9) *Grundzüge der pathologischen Anatomie .ad.* Englisches von Kruger, 1836, p. 51.

différents, enkystées ou non, se trouvent déposées dans la substance pulmonairé (*dict. de méd. prat.*, t. IV, p. 489). La *seconde* forme de cancer des poumons consiste dans la transformation plus ou moins étendue de la substance pulmonaire en matière cancéreuse ou squirrheuse.

Les cas observés par MM. Velpeau, Andral, Lebidois, Rapp appartiennent à la première classe du cancer pulmonaire, tandis que les exemples rapportés par MM. Bégin, Hope et Carswell sont de la dernière, comme aussi celui que je vais exposer ci-après.

Observ.—Un paysan, âgé de 24 ans, fort et robuste, qui, outre les maladies de la première enfance, n'en avait jamais eu d'autre que la gale, fut atteint, vers l'automne de 1834, d'une pleurésie qui céda à un traitement antiphlogistique. Attaqué une seconde fois au mois de décembre de la même année d'une inflammation des organes thoraciques, il se plaignait particulièrement d'oppression et de douleurs vives dans le côté gauche de la poitrine, toutes les fois qu'il essayait de faire une inspiration profonde. Ces symptômes étaient encore plus prononcés lorsque le malade toussait, ce qui lui arrivait quand il voulait quitter sa position sur le côté gauche. Des saignées générales et locales procurèrent un soulagement visible. Cependant l'enrouement persista, et la toux résista aux remèdes dérivatifs et adoucissants.

Un refroidissement nouveau et une infraction à la diète aggravèrent l'état du malade. Le côté gauche de la poitrine devint le siége de douleurs très-vives et comme électriques, que le malade sentait de l'épaule jusqu'aux fausses côtes et du sternum jusqu'à la colonne vertébrale. On employa encore une fois, mais sans succès, des saignées générales et locales et des remèdes révulsifs et adoucissants.

Appelé en consultation, je trouvai le malade dans l'état suivant :

Il était couché sur le dos, avait le côté droit de la poitrine un peu relevé, la tête penchée à gauche, une toux fréquente, sèche et brève, accompagnée de dyspnée; le côté gauche de la poitrine immobile dans l'inspiration et l'expiration. Le sternum était relevé et refoulé vers le côté droit; il existait une différence très-visible entre la moitié droite et la moitié gauche du thorax; le côté

gauche de la poitrine était plus dilaté immédiatement au-dessous du mamelon ; la percussion donna un son mat sur le côté gauche et un son très-clair à droite. Le bruit respiratoire était nul à gauche ; les battements du cœur y étaient suspendus ; ils étaient très-prononcés, quoique inégaux, à droite.

Le malade pouvait se lever et faire quelques pas dans la chambre, ce qu'il supportait mieux qu'un essai de se coucher sur le côté gauche. En même temps le pouls était accéléré, petit et quelquefois variable, sans être intermittent ; le sommeil agité et souvent interrompu par une toux sèche, l'appétit nul, la soif légère. La langue et les gencives étaient dans l'état naturel. La face, d'une teinte livide, avait une expression d'angoisse. L'haleine était pure, au moins sans mauvaise odeur, l'amaigrissement peu prononcé, la peau plutôt sèche qu'humide.

Le diagnostic ne nous fournissant aucune certitude, nous ordonnâmes l'eau de Seltz coupée avec du lait de chèvre et la continuation des révulsifs à l'extérieur.

Un mois plus tard, l'état du malade était bien changé. La partie antérieure du côté gauche du thorax formait une tumeur considérable de la grosseur de deux poings d'homme, de sorte qu'il ressemblait à la gorge d'une femme. Cette tumeur était en même temps dure et mamelonnée. Les symptômes tirés de la percussion et de l'auscultation étaient à-peu-près les mêmes qu'au premier examen. Cependant les battements du cœur étaient encore plus prononcés à droite et accompagnés des battements visibles des carotides et des artères temporales. La comparaison fit voir une différence encore plus grande que la première fois entre les deux côtés du thorax. La voix était faible et sans résonnance. Le malade ne pouvait pas rester couché sur le côté droit ; le côté gauche était immobile pendant l'inspiration, la toux sèche et presque continuelle, la teinte de la figure encore plus plombée et plus livide, l'expression d'angoisse plus forte. Le pouls plus inégal présentait des intermittences plus longues, la dyspnée était plus considérable, le son toujours mat, avec absence de la respiration dans la région malade de la poitrine.

J'avoue franchement, que tous les moyens de diagnostic ne m'éclairaient pas suffisamment sur la nature de la maladie. Le défaut d'égophonie, la circonférence, la forme et le siége de la tumeur ne firent pas supposer l'existence d'un empyême.

Depuis ce temps là j'observai tous les jours le malade, dont l'état restait presque stationnaire. Deux mois avant la mort, les

glandes axillaires du côté gauche commencèrent à se gonfler et à s'endurcir ; en même temps se formèrent deux tumeurs mamelonnées au-dessus de la clavicule gauche. Les symptômes d'une hydropisie générale se manifestèrent, et le malade mourut sans accidents particuliers, ayant eu à la fin une toux accompagnée de crachats glaireux.

L'ouverture du cadavre, faite 23 heures après la mort, présente les résultats suivants : grande inégalité dans la capacité des deux côtés du thorax ; état normal du côté droit et grande voussure du côté gauche en avant, qui ressemblait à la gorge d'une femme et contenait plusieurs tumeurs dures et mobiles. Le mamelon était engorgé et bouffi ; il y avait deux tumeurs mobiles, ramollies et arrondies, au-dessus de la clavicule gauche, et une tumeur plus grande, immobile, dure et non arrondie dans l'aisselle du même côté.

Il y avait beaucoup de sérosité entre la dure-mère et l'arachnoïde. Cette dernière membrane était plus épaisse et plus dense que dans l'état naturel et d'une couleur laiteuse. Vaisseaux de la pie-mère gorgés de sang ; cerveau et cervelet partout ramollis et également gorgés de sang ; ventricule gauche rempli de sérosité ; glande pituitaire entourée de vaisseaux pleins de sang.

Côté droit du thorax rempli d'eau. Le poumon droit, gorgé de sang et adhérent au diaphragme comme au péricarde, ne présente pas de tubercules. Le cœur oblong et comprimé, plutôt petit que grand, et uni au péricarde dans toutes ses dimensions, était refoulé en arrière et à droite, et adhérait aux deux poumons. En même temps il était flasque, ramolli et presque gélatineux. Le poumon gauche, adhérent aux côtes, ne présentait plus ses deux lobes, et formait une seule masse qui remplissait tout le côté gauche et même encore une partie du côté droit du thorax. Ici on ne pouvait plus reconnaître la plèvre.

Le poumon gauche s'était transformé tout entier en une masse compacte, lardacée, d'un blanc sale, où l'on n'apercevait aucune trace de nerfs, ni de vaisseaux, ni de bronches. Vers le centre cette masse était ramollie, encéphaloïde, d'un blanc grisâtre, et on voyait dans son intérieur une ouverture provenant de la non-oblitération d'un grand tuyau bronchique. Les artères et veines pulmonaires étaient oblitérées et transformées en ligaments, à partir du cœur. L'incision dans la voussure externe du côté gauche du thorax présentait, outre la peau et une couche mince de tissu cellulaire, une masse compacte et lardacée, ramollie vers le centre et

convertie en une matière molle et encéphaloïde en communication avec l'intérieur du poumon par l'intervalle des côtes refoulées en haut et en bas. Ici plus de traces des muscles pectoraux et intercostaux, et les côtes du côté gauche présentaient un état d'atrophie complète. Le foie, la rate, le pancréas, les reins, la vessie, étaient dans l'état naturel, les glandes mézaraïques engorgées, la membrane muqueuse de l'estomac, du duodénum et du jéjunum parsemée de taches rouges et ramollies. On ne trouva d'ulcères ni à l'intérieur de l'iléum, ni à la valvule iléo-cœcale, ni au cæcum.

Le testicule et l'épididyme gauches présentaient un commencement d'endurcissement squirreux.

Comme MM. Velpeau, Andral et Bégin, je n'ai reconnu la maladie qu'après la mort. La percussion, la mensuration et l'auscultation, aidées de la connaissance des circonstances antécédentes, firent constater l'existence de tumeurs volumineuses dans le côté gauche du thorax, mais ne procurèrent aucune certitude sur l'espèce de la maladie dans ce cas. Car tous ces symptômes, dont nous avons fait mention, sont aussi observés plus ou moins dans la pleurésie chronique. Peut-être n'existe-t-il qu'un seul symptôme que l'on rencontre dans le cancer des poumons, sans le trouver dans la pleurésie chronique : c'est l'absence d'égophonie, qui par conséquent prouvait qu'il n'y avait pas de fluide dans le sac de la plèvre, sans indiquer cependant si le poumon était dans un état d'hépatisation, d'emphysème, s'il était dégénéré en tubercules, ou s'il existait une grande dilatation anévrysmale de l'arc de l'aorte, ou une autre tumeur quelconque.

Pour éviter les erreurs de diagnostic, il faudra faire attention à toutes les circonstances accidentelles et aux symptômes locaux qui pourront nous faire reconnaître d'une manière plus positive la présence des tumeurs cancéreuses au sein des poumons. Dans le cas que je viens de rapporter, le malade avait en même temps une tumeur squirrheuse du testicule et de l'épididyme, cependant elle était si peu avancée que je ne l'ai reconnue qu'après la mort. Il n'y a pas de doute que, si je

l'eusse reconnue auparavant, c'eût été une forte probabilité en faveur de la présence d'une tumeur cancéreuse dans les poumons.

J'avance par conséquent en thèse générale, que chaque fois que l'on rencontre une tumeur squirrheuse dans une partie accessible aux yeux, avec les symptômes énoncés du côté de la poitrine, il y a assez de probabilités pour soupçonner la seconde forme du cancer des poumons. Mais reconnaître la première forme de cette dégénération, dans laquelle plusieurs masses cancéreuses sont déposées dans la substance pulmonaire, présentera toujours beaucoup de difficultés sous le rapport du diagnostic, parce que les symptômes seront aussi ceux des tubercules ordinaires, de l'emphysème, et de l'hépatisation partielle des poumons.

M. Begin cite encore une fétidité particulière de l'haleine, la teinte plombée et livide de la figure comme des probabilités de la présence de productions cancéreuses dans les poumons. Dans le cas rapporté plus haut, l'haleine ne fut jamais fétide. Quant à la teinte plombée, livide du visage, on ne doit pas oublier que ce symptôme s'observe dans beaucoup d'autres maladies, et que, par conséquent, il ne mérite pas d'être noté particulièrement.

Je passe sous silence l'étiologie et le traitement de cette maladie, qui, jusqu'à présent, est hors du domaine de l'art.

Quelques faits de médecine pratique; par J. T. MONDIÈRE, *D. M. P., médecin de l'hôpital de Loudun (Vienne).* (Deuxième article.)

DE LA CATARACTE TRAUMATIQUE.

La cataracte accidentelle ou traumatique s'observe assez fréquemment dans la pratique. Tantôt elle résulte de la contu-

sion du globe oculaire, tantôt, et plus souvent peut-être, d'une lésion du cristallin ou de sa capsule par un instrument piquant, ou par un corps étranger qui atteint ces parties, après avoir traversé la cornée et la pupille. C'est même de cette manière que, pour faciliter l'étude de l'ophthalmologie, quelques expérimentateurs ont donné lieu à la formation de la cataracte, en blessant la lentille à l'aide d'une aiguille fine pénétrant dans l'œil par la cornée, comme dans l'opération du kératonixis (1). Mais ce qu'il nous importe de rechercher ici, c'est moins la fréquence plus ou moins grande de cet accident, que la manière dont il se termine et le traitement qui lui est applicable.

Quant au traitement, les faits que nous avons rassemblés, semblent nous conduire à cette conclusion peu avantageuse à l'art, c'est qu'aucun traitement, quelque énergique qu'il ait été, n'a paru avoir d'influence sur la marche et l'issue de la maladie. On trouve bien çà et là quelques cas dans lesquels la guérison a été attribuée à l'effet d'un vésicatoire et d'un séton; mais ces cas sont fort rares, et si l'on considère d'une part le temps qui s'est écoulé entre l'application de ces moyens et l'amélioration de la maladie, et d'autre part, combien la guérison spontanée est commune, puisqu'elle a eu lieu dans le plus grand nombre des observations à nous connues, on sera porté à regarder ces guérisons, non comme un effet de l'art, mais comme un bienfait de la nature.

Ainsi donc, dans la cataracte accidentelle, comme dans la cataracte spontanée, les moyens ordinaires de la médecine ont une action nulle ou presque nulle; et l'opération semble encore être ici le seul traitement applicable. Cependant la guérison spontanée est, comme nous venons de le dire, si ordinaire, qu'on ne doit point se presser de la pratiquer. Ce n'est pas qu'on ait à craindre, comme l'ont dit quelques auteurs,

(1) Voyez, à ce sujet une note de M. Serre, d'Alais, insérée dans le *Bulletin de thérapeutique*, Tom. *VIII*, page 379.

de voir, après l'opération, les deux yeux n'étant plus de foyers égaux, la légère difformité produite par la cataracte être remplacée par une vision imparfaite. Les cas nombreux de guérison produite par l'absorption du cristallin, et mieux encore quelques observations faites par Dupuytren, MM. Roux Lusardi, Velpeau, Convers (1), prouvent assez que ces craintes sont peu fondées.

Si maintenant, prenant toujours l'observation pour guide, nous cherchons à déterminer dans quel délai s'opèrent ces guérisons spontanées, nous verrons que c'est ordinairement du vingtième jour, rarement plus tôt, jusqu'au huitième mois après l'accident, que commence l'absorption du cristallin opaque. Le lecteur pourra à ce sujet consulter les observations recueillies par Percival-Pott (2), qui sur quatre cas de cataracte traumatique en a vu trois guérir spontanément: celles que nons devons à MM. Champesme (3), Ware (4), Demours (5), Rennes (6), Gerson (7), Janson (8), enfin celle que nous avons recueillie et que nous allons rapporter. Ce dernier fait dans lequel il nous a été facile de reconnaître les lambeaux de la membrane cristalline déchirée, ceux analogues de M. Janson (9), du Dr Sichel (10), nous font adopter l'opinion de MM. J. Cloquet et A. Bérard, qui expliquent la guérison spontanée de la cataracte traumatique par la déchichirure de la capsule antérieure du cristallin, déchirure qui,

(1) *Journal de Leroux, Boyer et Corvisart*, t. 38, p. 365.
(2) *OEuvres chirurgicales*, trad. française, t. II, p. 510.
(3) *Archives de Médecine*, t. I, p. 290, 1re série.
(4) *Memoirs of the med. Society of London.* Londres, 1798, in-8°, t. III, p.
(5) *Traité des Maladies des yeux*, t. III, p. 489.
(6) *Archives de Médecine*, 1re série, t. XXII, p. 223.
(7) *Annali universali di Medicina*, avril et mai 1835.
(8) *Compte rendu de la pratique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon*, Lyon, 1824, in-8, p. 82.
(9) *Loc. cit.*
(10) *Dictionnaire de Médecine*, 2e édition, t. VI, p. 518.

comme dans l'opération par abaissement, soumet cette lentille à l'action dissolvante de l'humeur aqueuse. C'est, du reste, à la même cause qu'il faut rapporter les guérisons beaucoup plus rares de la cataracte spontanée, et du passage du cristallin opaque dans la chambre antérieure de l'œil.

Obs. — Le fils de Pierre Foucault, de Vielle-Basse, âgé de 12 ans, jouissant ordinairement d'une bonne santé, était, au commencement du mois de décembre 1835, à la recherche d'une vache échappée dans un bois, quand une branche d'arbre vint le frapper avec force sur le sourcil et à la partie supérieure du globe oculaire du côté droit. Une douleur vive suivit immédiatement ce coup, et bientôt survint une rougeur assez forte de l'œil et un obscurcissement de la vue du même côté. Le malade se borna à laver l'œil avec de l'eau fraîche, espérant que l'accident qu'il venait d'éprouver n'aurait pas de suite. Mais la conjonctive resta injectée, la vue, moins nette dès le commencement, se troubla de plus en plus; le malade croyait sans cesse voir devant son œil un brouillard épais, puis voltiger de petits corps opaques, symptômes qui allèrent en augmentant jusqu'à ce que la vue de l'œil contus eût été complètement perdue. C'est alors qu'il me fut amené par son père, quinze jours environ après l'accident. Alors la conjonctive présentait une couleur d'un rouge brun; le cristallin apparaissait opaque et d'un blanc laiteux, la pupille était encore sensible à une vive lumière, et une douleur comme névralgique existait à la tempe et sur le sourcil du côté droit. Il me fut facile de reconnaître une cataracte traumatique, et, sans compter sur l'efficacité de ce traitement, je prescrivis un large vésicatoire à la nuque, des purgatifs répétés à de courts intervalles, des bains de pieds irritants et un collyre avec le laudanum. Je revis le malade douze jours après; son état était le même, sauf que l'injection de la conjonctive avait presque disparu. Le vésicatoire et les purgatifs furent continués, le calomélas administré à dose croissante, et je remplaçai le collyre prescrit par une solution assez forte de nitrate d'argent. L'effet de ces moyens fut nul encore, et bientôt le malade renonça à tout traitement.

Deux mois plus tard, étant dans son village, je fus curieux de visiter le jeune Foucault, et assez surpris d'apprendre que depuis quelque temps sa vue était moins obscure et qu'il commençait à percevoir les objets qui l'entouraient et qui lui paraissaient entourés d'un cercle rouge. J'examinai attentivement l'œil, et il

me fut facile de reconnaître que la pupille jouissait d'une mobilité, plus grande, que la teinte opaque du cristallin était moins prononcée, surtout dans quelques endroits; en un mot, que l'absorption de cette lentille commençait à se faire. Ce qui me frappa surtout, ce fut de voir des pellicules minces en forme de lambeaux, qui semblaient se détacher de la capsule cristalline. Me rappelant alors quelques faits analogues consignés dans les auteurs, je crus pouvoir promettre au malade une guérison prompte et complète; et en effet un mois ne s'était pas écoulé que déjà la vision du côté droit était redevenue bonne. A cette époque, l'œil examiné avec la plus grande attention ne présentait pas la plus légère altération. Depuis lors j'ai eu d'assez fréquentes occasions de voir ce malade, et je n'ai jamais rien observé d'anormal.

FRACTURE DE CÔTES PAR CONTRE-COUP.

Nous terminerons ce deuxième fascicule par une observation peu intéressante, il est vrai, sous le rapport pratique, mais curieuse par sa rareté.

Observ.—*Chute d'un lieu élevé sur le côté, commotion de la moelle épinière, fracture de trois côtes par contre-coup.* — Le nommé Guillou, couvreur, âgé de 45 ans environ, homme robuste, étant monté sur le toit de l'ancien hôpital qui sert aujourd'hui de caserne à la gendarmerie, glissa et tomba d'environ 40 pieds de haut. Toutefois, malgré le danger qui le menaçait dans sa chute, il ne perdit pas la tête, et songeant qu'au bas de la maison il existait un trottoir pavé en pierres fort dures, il donna, pour l'éviter, un coup de pied dans la muraille qui l'en éloigna et le repoussa de manière à ce qu'il allât tomber sur un carré de jardin nouvellement bêché. Avant de toucher la terre, il s'était replié en quelque sorte sur lui même, les mains croisées sur la poitrine, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin, la tête également inclinée sur le thorax, de sorte qu'il tomba d'aplomb sur le côté droit et un peu postérieur du tronc, seule partie qui toucha le sol dans lequel il enfonça un peu.

Relevé de suite, il fut porté à l'hôpital peu distant de l'endroit de la chute, et je me rendis immédiatement auprès de lui. Les accidents que j'observai furent une abolition presque complète des mouvements des extrémités inférieures dont la sensibilité était au contraire très-exaltée, résultat de la commotion de la moelle épinière, et une fracture transversale des quatrième, cinquième et

sixième vraies côtes, non loin de l'endroit où elles se réunissent avec les cartilages costaux. Je crus d'abord que Guillon était tombé sur cette partie du thorax, mais les téguments qui recouvraient les côtes fracturées ne présentaient pas la plus légère trace de contusion; et quand il m'eut expliqué la manière dont il était tombé, détails qui me furent confirmés par deux de ses ouvriers, témoins de l'accident, je fus forcé d'admettre que cette triple fracture avait eu lieu par contre-coup. Pour mieux m'en assurer, j'examinai avec soin la partie latérale et un peu postérieure de la poitrine qui, dans la chute avait rencontré le sol; j'y découvris une ecchymose assez forte, large comme la main et siégeant dans un point diamétralement opposé à celui des côtes fracturées. Il ne peut donc rester de doute sur la cause réelle de cette fracture dont aucun cas analogue n'est venu à notre connaissance. Le malade a parfaitement guéri sous l'influence de quelques saignées, du régime, du repos et d'un simple bandage de corps.

REVUE GÉNÉRALE.

Pathologie et Thérapeutique médicales.

Accidents cérébraux produits par le plomb et ses préparations. — Bien que depuis long-temps on ait signalé les accidents cérébraux chez les individus qui travaillent au plomb, il n'y avait, à l'exception de la thèse de M. Tanquerel-Desplanches sur la paralysie, aucun travail sur ce sujet. Deux Mémoires bien différents par la forme, quoique menant à peu près aux mêmes conclusions, ont été publiés simultanément, et contiennent en quelque sorte le travail commencé par M. Desplanches. L'un (*Mémoire sur quelques-uns des accidents cérébraux produits par les affection saturnines.* (*Journ. Heb.*, n[os] 40, 50, 51, 52), est dû à M. Grisolle, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu; l'autre (*Mémoire pour servir à l'histoire du délire, des convulsions et de l'épilepsie.* Gazette méd., 1836, 1837,), dû à M. Nivet, est remarquable surtout par l'étendue des recherches historiques.

Nous allons rappeler ici les points principaux qui résultent des

recherches de ces médecins. Sur quatre-vingts individus affectés de colique de plomb, dont M. Grisolle a recueilli l'histoire, il y en a dix qui ont éprouvé quelques-uns des accidents dont il s'agit. M. Nivet ne donne pas de proportion, mais il rapporte onze observations nouvelles. Tous deux d'ailleurs se sont servis des faits contenus dans les auteurs pour les comparer à leurs observations particulières.

Étiologie. — Les ouvriers travaillant au blanc de céruse et au minium ont été également affectés; toutefois, dit M. Grisolles, le minium exerce peut-être sur les centres nerveux une action plus rapidement funeste ; car les ouvriers cérusiers ont été affectés de symptômes graves quatre mois après leur entrée dans les ateliers, tandis que les individus qui travaillaient au minium ont été pris des mêmes accidents après deux mois de ce travail. En outre ceux-ci, au nombre de trois, moururent tous en trente-six heures, tandis que les cérusiers ont lutté, terme moyen, pendant deux jours et demi. Sur vingt-et-un individus dont la santé antérieure à la première attaque a été notée, il s'en trouve treize qui avaient eu la colique. Chez ceux-ci la mortalité fut moins grande que chez ceux qui étaient atteints pour la première fois. — Chez quatre malades seulement la colique est survenue sans être précédée d'entéralgie. L'intensité de la colique n'est pas en rapport avec le développement des accidents cérébraux ; car ceux-ci sont survenus sur des individus convalescents sur lesquels les douleurs étaient complètement passées. — Chez deux malades, l'apparition des accidents cérébraux a suivi de très-près un excès de boisson. (GRISOLLES.)

Symptômes précurseurs. — On n'a noté que huit fois sur vingt-neuf cas, des symptômes précurseurs de céphalalgie, engourdissements, etc. — *Symptômes de l'affection.* M. Grisolles en décrit trois formes, la forme délirante, la convulsive ou épileptique, et la comateuse. M. Grisolle fait toutefois remarquer que ces formes peuvent se succéder les unes aux autres, bien qu'une d'entre elles prédomine. M. Nivet a cru devoir traiter séparément, d'une part du délire et des convulsions, de l'autre de l'épilepsie et du coma. Cependant, il dit dans son résumé que le délire persiste souvent dans l'intervalle des attaques épileptiques. Nous admettrons donc comme plus conforme aux faits la division de M. Grisolle. — Le délire s'est présenté sept fois sur vingt-neuf observations. Il a été annoncé par une accélération du pouls, de la céphalalgie, de l'altération dans les traits. Il a été tantôt furieux, tantôt tranquille ;

souvent incomplet ; plusieurs malades ont eu des hallucinations, des amauroses. Quatre sur sept ont succombé. Sur quinze malades au contraire, qui ont présenté la forme épileptique, onze sont morts. (M. Nivet donne une proportion encore plus fâcheuse : dix-neuf morts sur vingt-et-un malades, tandis que sur dix qui ont présenté le délire, cinq ont survécu). Le vertige, que M. Nivet n'a jamais vu chez ses malades, a été, au rapport de M. Grisolles, noté deux fois; mais il différait un peu du vertige épileptique ordinaire par sa durée plus longue. — On a observé plusieurs fois des convulsions irrégulières. Il n'est pas hors de propos de noter que les chiens et les chats qui fréquentent les atteliers meurent presque tous de convulsions. — La forme comateuse a existé sur cinq malades. — La durée de la maladie a varié suivant la nature des accidents. Le délire a pu se prolonger de quatre à dix-sept jours. Les attaques d'épilepsie peuvent se répéter à des intervalles plus ou moins rapprochés, depuis quelques minutes jusqu'à six ou sept jours. Enfin, l'état comateux persiste le plus souvent de deux à dix jours. (Grisolles.)

Quelques instants suffisent même quelquefois pour emporter les malades (par l'asphyxie). Les accidents cérébraux peuvent récidiver sans que le malade se soumette de nouveau à l'action du plomb. — La paralysie des membres, celle d'un ou de plusieurs sens, parait être le seul accident consécutif des affections cérébrales saturnines. — M. Grisolle et M. Nivet ne connaissent aucun fait où une épilepsie essentielle ait eu son premier accès dans le cours d'une colique saturnine.

Le diagnostic se tire dans la plupart des cas des commémoratifs. — Toutefois les affections cérébrales saturnines n'offrent point cette suite régulière de symptômes qui accompagnent les affections cérébrales ordinaires. Le délire des ivrognes diffère du délire saturnin parce qu'en général, alors la contraction musculaire est lésée. Quant à l'épilepsie saturnine, elle ressemble parfaitement à l'essentielle, sauf son pronostic qui, comme nous l'avons vu, est beaucoup plus grave. — Le pronostic est d'autant plus favorable que le malade a résisté plus long-temps, car dans l'immense majorité des cas, la mort arrive non loin du début. La raideur du cou et des membres est au contraire un symptôme très-fâcheux.

Anatomie pathologique. — Chez près de la moitié des individus qui succombent à l'épilepsie produite par le plomb, on observe une véritable hypertrophie du cerveau. M. Grisolles l'a vue deux

fois. Les circonvolutions étaient applaties, les anfractuosités, en partie effacées ; de sorte que la surface des hémisphères était presque unie. M. Nivet l'a vue une fois. Ce dernier, dans dix-neuf autopsies d'affections épileptiques saturnines rassemblées par lui, en note six où cette altération s'est offerte. M. Nivet a aussi observé deux fois un ramollissement jaune de la partie de la substance blanche qui est contiguë à la substance grise. On a noté aussi dans quelques cas, une injection des méninges, mais bien plus souvent encore l'encéphale était sain. Les altérations du tube digestif, d'un autre côté, n'ont rien offert de constant. On n'a donc encore rien de certain sur la nature de la maladie.

Traitement. — Quelle que soit la forme des accidents cérébraux, si ceux-ci se déclarent pendant le cours d'une colique saturnine, on devra, avant tout, administrer le traitement de la Charité. — La saignée convenable, si le pouls est plein et dur, devra néanmoins être faite avec mesure. Toutes les fois qu'elle fut employée il n'en résulta aucune amélioration immédiate. L'effet contraire se manifesta plusieurs fois aussi. MM. Nivet et Grisolles, sans la proscrire, lui accordent peu de confiance. L'opium doit être administré malgré la forme délirante. C'est même ici un moyen curatif des plus avantageux. On commence par donner de huit à dix gouttes de laudanum de Sydenham dans un quart de lavement; on réitère la même dose plusieurs fois dans la journée, sans redouter le narcotisme qui, léger, est une condition favorable à la guérison.

Dans l'épilepsie, il faut combiner plusieurs moyens énergiques et avoir recours aux affusions froides. M. Grisolle les a vu mettre trois fois en usage. Deux malades ont guéri, le troisième a éprouvé une amélioration ; mais un nouvel accès l'a emporté. Il faut administrer l'affusion dans l'intervalle des accès; le malade sera fortement maintenu dans la baignoire. La durée de l'affusion, variable suivant les cas, excédera rarement deux ou trois minutes. M. Grisolle pense aussi qu'on pourra avec avantage opposer les vésicatoires appliqués directement sur la tête préalablement rasée, dans les cas de délire comateux; mais il faudra avoir recours à plusieurs moyens simultanément. Nous aurions désiré que M. Grisolles donnât, comme M. Nivet, la liste des observations prises dans les auteurs qu'il a analysés, comparativement avec les siennes. C'est surtout quand il s'agit d'une maladie peu connue, sur laquelle on fera sans doute de nouvelles recherches, qu'une précaution de ce genre est de toute nécessité.

APOPLEXIE CAPILLAIRE (*Mémoire sur l'*) *par M.* Diday. — On confond encore aujourd'hui sous le nom de ramollissements du cerveau, un grand nombre de lésions diverses, qu'on voudrait en vain rattacher à un degré plus ou moins avancé d'une même affection. Déjà M. Cruveilhier a cru devoir considérer comme une espèce à part, le ramollissement rouge dont il a désigné toutes les variétés sous le nom d'apoplexie capillaire. L'auteur du mémoire que nous analysons fait remarquer que M. Cruveilhier lui-même n'a pas assez précisé le sens qu'il attache au mot apoplexie capillaire. Il existe en effet deux espèces bien distinctes de ramollissement rouge; dans la pie-mère on trouve une coloration en rose vif, uniforme, accompagnée d'un ramollissement pulpeux; dans la deuxième la rougeur est plus foncée ou ponctuée, il n'y a presque pas dde ramollissement. C'est à cette dernière qu'on peut donner le nom de ramollissement capillaire; elle siége uniquement dans la substance grise, extérieure ou centrale, et surtout au voisinage de la scissure de Sylvius, point où des vaisseaux volumineux plongent directement dans la substance cérébrale. C'est une véritable infiltration sanguine qui donne aux points affectés une ressemblance assez parfaite avec le fruit de la fraise parsemée de ses graines. A la surface du cerveau, cette infiltration se présente sous forme de plaques de couleur plus foncée au pourtour qu'au centre. Parfois aussi la circonférence de la plaque infiltrée est le siége d'un véritable ramollissement inflammatoire rouge uniforme qui indique l'effort de la nature pour expulser le corps étranger. La substance blanche sous-jacente présente le plus souvent une couleur anormale d'un blanc bleuâtre ou jaune serin, ce qui fait apercevoir une nouvelle analogie entre le travail réparateur qui suit les épanchements sanguins et celui qui se montre après l'apoplexie capillaire. Enfin à la surface du cerveau on observe quelquefois de véritables pertes de substances dues aussi à ce travail de resorption plus actif en ce point qu'en tout autre. Dans aucun cas, M. Diday n'a trouvé de méningite ni d'injection de la substance blanche.

D'après cela, il est évident que cette lésion n'est autre chose qu'une hémorrhagie capillaire. M. Lallemand, reconnaissant que dans quelques cas il y a d'abord dépôt de sang dans la pulpe cérébrale, a néanmoins cru devoir les rattacher à l'inflammation du cerveau, en s'appuyant de cette opinion que l'hémorrhagie n'est que le premier degré de l'inflammation. M. Diday montre fort bien, d'après tous les pathologistes, que si l'hémorrhagie et l'in-

flammation sont toutes deux précédées d'un phénomène commun, la congestion, elles ne se ressemblent en rien cependant par leurs effets consécutifs. Or, la même différence qui se remarque entre ces deux états pathologiques se retrouve parfaitement tranchée entre le ramollissement pulpeux rouge, uniforme, et celui qui fait le sujet du mémoire de M. Diday.

Quelques faits viennent encore à l'appui de cette manière de voir. L'infiltration sanguine, lorsqu'elle a lieu dans les parties centrales du cerveau, occupe, de préférence, les corps striés et les couches optiques, siége de prédilection des épanchements; elle coïncide parfois avec de véritables foyers apoplectiques, ce que l'on ne voit jamais dans les cas de ramollissement rouge uniforme. On a trouvé souvent, chez des sujets qui anciennement avaient offert des symptômes d'apoplexie, des cicatrices à la surface des circonvolutions, tandis qu'on n'y a jamais rencontré d'abcès. Or les cicatrices se rencontrant à la suite des épanchements, les abcès à la suite des inflammations, n'est-t-on pas en droit de conclure que l'état pathologique qui a donné lieu à cette altération doit être assimilé aux hémorrhagies et non aux inflammations? Si maintenant on veut remarquer que les épanchements sont très-rares à ce niveau, on sera forcé d'admettre que les cicatrices en question sont le résultat d'une apoplexie capillaire.

La symptomatologie différentielle des ramollissements est, malgré les assertions contraires, encore peu avancée. M. Diday se borne à dire que dans les cas recueillis par lui, les symptômes ont acquis de suite leur maximum d'intensité. Il n'y a jamais eu ni marche graduelle ni strabisme ni convulsion ni délire, indice ordinaire des affections de nature inflammatoire. Quant au pronostic, l'apoplexie capillaire est moins grave que celui du ramollissement. Cette affection est en effet susceptible de guérison. La cicatrisation des foyers qu'elle forme est un signe de plus à ajouter à ceux qui établissent ses rapports avec l'apoplexie. D'un autre côté, comme la lésion a été peu étendue, les malades peuvent reprendre peu à peu l'usage de toutes leurs fonctions. M. Diday termine par quelques considérations sur les différences qui existent entre l'apoplexie capillaire et l'apoplexie véritable. Tout en admettant que le siége de ces affections ne soit pas le même, il regarde comme principale cause de la différence qu'on observe entre leurs symptômes, l'intensité variable de la congestion qui les détermine, et d'après cela il croit que l'apoplexie capillaire serait plus justement nommée apoplexie par infiltration. (*Gaz. Méd.* 1837, nº 16.)

Traitement de l'hydrophthalmie. Les observations de guérison de l'hydrophthalmie sont si rares que Scarpa a pu dire qu'il n'en connaissait pas d'exemples dans les auteurs, au moins, quant à ce qui regarde l'emploi des moyens médicamenteux. Aussi les deux observations suivantes seront-elles lues avec intérêt.

Obs. Ire. — Mademoiselle E. R. du Mans, âgée de 22 ans, d'un tempérament lymphatique, s'aperçut en 1832, que son œil droit prenait du développement. Comme elle n'éprouvait pas d'incommodité, elle resta 6 mois s'en inquiéter; pendant ce temps l'œil s'était accru progressivement; il survint un sentiment de pesanteur dans l'orbite, la vue s'affaiblit du côté malade. Elle vint alors me consulter. L'œil droit avait un cinquième en volume de plus que le gauche et était beaucoup plus développé dans sa partie antérieure que dans sa partie postérieure. Bien que les membranes et les humeurs de l'œil parussent avoir leur transparence normale, la vue était embrumée; la pupille était plus ouverte que de l'autre côté; l'iris enfoncé derrière la cornée, par la surabondance de l'humeur aqueuse, avait une teinte légèrement pâle; tout dans le fond de l'œil paraissait à l'état normal. La malade ne put donner aucun renseignement sur la cause de cette affection : il n'y avait pas eu de sensibilité dans le principe. Il était donc probable, surtout en raison du tempérament de la malade, (dit l'auteur) que l'affection était due à la langueur de l'absorption dans la membrane de l'humeur aqueuse. Voici le traitement qui fut mis en usage : calomel tous les trois jours à dose laxative; décoction de racine d'asperge et de fraisier nitrée pour boisson ; chaque matin la malade, reçut sous l'œil pendant quelques minutes, la vapeur d'une infusion de fleurs de sauge, de camomille et de mélilot, animée par quelques gouttes d'acide sulfurique. Le soir on frictionna les paupières avec le collyre de Himly. La malade prit une alimentation tonique, remplaça par un exercice modéré ses habitudes sédentaires; et sous l'influence de ce traitement, la résorption s'effectua graduellement dans l'espace de six semaines. Le nuage qui était sur la vue se dissipa, le sentiment de pesanteur dans l'orbite disparut, l'œil reprit son état normal et la vue fut également conservée des deux côtés.(—J. Teilleux. *Mélanges de faits pratiques sur les maladies des yeux* (Th. Montpellier 1836, nº 58).

Dans cette dissertation, qui est l'œuvre d'un ancien praticien, on trouve, avec quelques faits relatifs à la cataracte congéniale et à la pupille artificielle, une observation que l'auteur intitule *Hyper-absorption de la membrane de l'humeur aqueuse.* Il s'agit d'un homme âgé de 56 ans, qui était devenu presbyte par l'affaissement de l'œil, causé lui-même par une diminution de l'humeur aqueuse. « L'iris semblait accolé à la face interne de la cornée, sans qu'il y eut d'adhérences. L'enveloppe fibreuse de l'œil se laissait facile-

ment déprimer sous le doigt, et ne présentait pas l'élasticité qu'elle a ordinairement quand elle est entièrement remplie, l'affection datait d'environ six semaines. L'œil était sec par défaut de secrétion des larmes; le traitement consista dans une compresse imbibée d'une décoction émolliente qu'on tint pendant 12 jours sur l'œil pour le tenir humecté. Cette médication causa un gonflement fluxionnaire des paupières, une rougeur pâle de la conjonctive et le retour des larmes qui se secrétèrent très-abondamment. La cornée reprit sa convexité, et la vision se rétablit aussi parfaite qu'avant ce commencement d'atrophie.

Obs. IIe. Abraham, juif d'Alger, âgé de 8 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, était né d'un père hydrophthalmique; sa première enfance n'avait démontré aucune prédisposition aux affections de l'organe visuel; mais depuis deux ans, sans causes connues, il avait contracté une conjonctivite qui, lorsque je l'observai était passée à l'état chronique; depuis six mois son œil gauche paraissait augmenté de volume. En avril 1834 voici quel était son état : élargissement d'un tiers environ du diamètre de la cornée qui est évidemment conique; l'iris sain, exempt d'adhérence, contractile; pupille dans un état moyen de dilatation. Les plans horizontal et vertical de la chambre antérieure avaient souffert un agrandissement proportionnel aux changements de la cornée. Les milieux refringents avaient toute leur transparence; toutefois quelques vaisseaux variqueux de la conjonctive s'étendaient jusque vers la cornée. Injection rouge du globe de l'œil; degré avancé de myopie. — L'indication était de combattre par les antiphlogistiques l'irritation existante; exciter l'action des absorbants. Deux saignées et plusieurs applications de sanguses satisfirent à la première indication : mais je dus insister sur leur emploi pendant plus d'un mois avant d'obtenir une diminution notable des symptômes inflammatoires. Alors j'eus recours à l'application locale des mercuriaux. Pendant huit jours, trois fois dans la journée, je fis placer en dedans de la paupière inférieure gros comme une tête d'épingle de la pommade suivante : R. deuto-iodure de mercure un gros, axonge une once. Après ce temps la dose fut successivement portée au double et continuée sans interruption pendant deux mois. L'action immédiate de la pommade sur la conjonctive fut d'abord difficilement supportée, mais peu à peu la tolérance devint parfaite. A la fin du premier mois l'amélioration était marquée; après le deuxième il n'existait plus de conicité de la cornée; l'étendue transversale de la chambre antérieure était devenue semblable à celle de l'autre œil, et la vision avait repris toute sa netteté primitive quoique le diamètre de la cornée ne fût pas diminué. Ce traitement ne fut aidé que par l'emploi des collyres astringents et des pédiluves; je vis encore le malade pendant deux mois, et il ne survint aucun nouveau symptôme d'opthalmie ou d'hydropisie.

(E. Grellois. *Diss. sur l'hydrophthalmie*. Th. Paris. 1836. no 157.)

Le sujet de l'observation précédente était beaucoup plus gravement affecté que celui observé par M. Teilleux; aussi ne doit-on pas s'étonner de la longueur de la maladie. Peut-être cependant que si l'enfant eut été soumis à un traitement général, l'affection eût eu une marche plus rapide. M. Grellois d'ailleurs dit avoir échoué dans un cas presque semblable par l'usage des mêmes moyens.

Indépendamment de ces faits, la *Dissertation* de M. Grellois mérite d'être lue. On y trouvera surtout des détails curieux sur l'endémicité de cette affection sur la côte de Barbarie et Alger. Elle porte en grande partie ses ravages sur la classe juive qui, là comme en Pologne, est entassée dans des espaces humides, rétrécis et malpropres. La blancheur des maisons réflétant les rayons d'un soleil ardent, paraît en être aussi une cause déterminante. A Bone, où les maisons sont blanchies comme à Alger, cette affection est fréquente, tandis qu'à Bougie, où cette circonstance n'existe pas, il n'en a pas observé pendant un séjour de huit mois. M. Grellois est enfin porté à admettre une cause dont ne parlent pas les auteurs, c'est-à-dire l'hérédité, chez les hydrophthalmiques d'Alger. Il est rare que le père et les enfants ne soient pas atteints du même mal, tandis qu'il ne frappe jamais l'Européen, quelles que soient les circonstances dans lesquelles il se trouve.

Thérapeutique chirurgicale.

Opération de l'anévrysme de l'origine de la carotide et du tronc innominé, par la méthode de Brasdor. — Nous ne connaissons que quatre opérations pratiquées jusqu'à ce jour par la méthode de Brasdor, pour des anévrysmes du tronc innominé ou de l'origine des gros vaisseaux qui en partent : celles de Wardrop, de Mott, de Key et d'Evans. Encore deux de ces opérations ne se rapportent pas fort évidemment à des faits de cette nature, à en juger par l'analyse qu'en donne M. Bérard (*Dict. de Méd.*, 2ᵉ *éd.*, t. III, p. 67.) Les deux observations suivantes, bien que manquant de quelques détails, seront donc lues avec intérêt.

Anévrysme de l'artère innominée et de l'origine de la carotide. — Ligature de la carotide primitive au-dessus de la tumeur, par S. W. Fearn, Esq. de Derby. — Mary Scattergood, âgée de 28 ans, habite Burton-on-Trent. Quoique mariée depuis huit ans et bien réglée, elle n'a pas eu d'enfant. Sa maladie actuelle date de cinq mois et a commencé par un violent accès de toux qui la

saisit pendant la nuit. Bientôt après, elle vit se développer, au-dessus du sternum une tumeur pulsatile qui, pendant quatre ou cinq semaines, la fit beaucoup souffrir. Elle fut saiguée plusieurs fois par ses médecins, MM. Tomlinson et Lowe, ce qui diminua la douleur. Peu de temps après, elle fut admise à l'hôpital de Derby, où je l'examinai avec le docteur Bent et quelques autres médecins : il y avait immédiatement au-dessus du sternum une tumeur arrondie, pulsatile, bornée latéralement par le bord interne du sterno-mastoïdien et par la trachée. Elle exerçait évidemment une pression considérable sur ce dernier conduit, près de sa bifurcation, à en juger par un enrouement très-marqué, une toux fréquente et une difficulté générale de la respiration. On entendait dans l'espace sus-claviculaire un fort *bruit de soufflet*; un bruit de même nature, mais moins distinct, s'entendait sur le trajet de la carotide droite. En interceptant le cours du sang dans ce vaisseau, on rendait plus fort le bruit donné par l'artère sous-clavière; au contraire, le bruit de la carotide cessait si l'on arrêtait la circulation de la sous-clavière. La tumeur elle-même était le siége de bruits semblables et isochrones à ceux du cœur. Les bruits du cœur étaient naturels; les poumons n'offraient point de râle; le pouls était à peine distinct au poignet droit; à gauche sa force et sa fréquence étaient normales.

L'opinion dominante qui résulta de cet examen fut que la maladie était un anévrysme de l'artère innominée; mais le chirurgien aux soins duquel la malade fut ensuite confiée, et un de ses collègues considérèrent l'affection comme un anévrysme de la crosse de l'aorte, et, en conséquence, crurent qu'il n'y avait nullement à penser à une opération.

Aujourd'hui, 23 août, après avoir subi quelque temps à l'hôpital un traitement interne, la malade demanda à sortir La difficulté de respirer et la toux s'étaient de beaucoup accrues; l'acétate de morphine pouvait à peine lui procurer un peu de repos. La dyspnée était aggravée par le plus léger mouvement; l'enrouement était beaucoup plus marqué. Je lui proposai alors de lui donner un logement en ville et de lui pratiquer l'opération qui me paraissait indiquée. Elle accepta cette offre avec empressement.

Le 27 et le 29, la malade fut examinée avec soin, et l'on constata, en présence des docteurs Bent et Wright, les phénomènes suivants: Toux incommode, enrouement, gêne très-grande de la respiration, bien que le murmure respiratoire s'entende dans toute la poitrine et que les bruits du cœur soient naturels; pouls presqu'imperceptible au poignet droit; il est naturel à gauche, et donne 72 pulsations à la minute. La malade ne peut rester couchée si sa tête n'est pas fort élevée; les pulsations de la tumeur sont très-distinctes au-dessus du sternum dans le point indiqué et spécialement entre les attaches sternales et claviculaires du sterno-mastoïdien. Le bruit de soufflet qu'on entend dans la région sous-claviculaire devient plus fort encore, si l'air intercepte la circulation dans la carotide à l'aide de la compression. Je continuai cette compression pendant quelque temps, et je vis avec plaisir que la respiration était plus libre et beaucoup moins embarrassée. La com

pression de la sous-clavière parut d'abord n'avoir aucune influence sur la gêne de la respiration, puis elle parut l'augmenter. La compression simultanée des deux artères donnait le même résultat que celui de la carotide seule. D'après cela, il n'était pas difficile de choisir le vaisseau où devait être appliquée la ligature. Dans un cas d'anévrysme innominé qui a beaucoup d'analogie avec celui-ci, M. Wardrop plaça une ligature sur l'artère sous-clavière, et il fut amené à ce choix par cette remarque que la circulation avait presque cessé dans la carotide. Pour moi, je dus pratiquer la ligature de la carotide, parce que, d'une part, la circulation était en grande partie arrêtée dans la sous-clavière, et que, de l'autre, la compression du premier de ces vaisseaux rendait la respiration plus libre. — La malade étant constipée, on lui fit prendre, le 27, ℥ j ß de décoction composée d'aloès.

L'opération fut pratiquée le 30, en présence d'une vingtaine de médecins. La ligature fut placée au niveau du tendon de l'omoplato-hyoïdien; mais non sans difficulté, en raison de la position presque verticale que dut garder la malade par suite de la gêne de la respiration et de la toux qui augmentaient extraordinairement, si elle essayait de rester couchée. L'opération fut fréquemment interrompue par des accès de suffocation et de toux. L'artère était volumineuse et paraissait fort épaisse; elle semblait aussi plus adhérente à sa gaine. La malade accusa une vive douleur dans l'oreille droite, immédiatement après l'opération.

Suites de l'opération. — une heure après l'opération (3 heures), la respiration est tranquille; la malade est assise; le pouls est à 86; il s'élève successivement, et à huit heures donne 106. Par intervalles, il y a de violents accès de toux, et une suffocation si forte, qu'à huit heures on dût faire une saignée de dix onces, qui apporta beaucoup de soulagement et permit à la malade de dormir un peu. Le 31, à huit heures, la toux a pris beaucoup d'intensité, il semble qu'il y ait une accumulation de mucus dans la trachée; constipation. (une once de décoction composée d'aloès.) La toux a continué jusqu'à onze heures. Le côté gauche de la face est rouge et chaud, et paraît enflé et légèrement livide, tandis que le droit semble diminué et qu'il est pâle et froid. La douleur de l'oreille persiste depuis l'opération. (Répétition de la dose d'aloës; douze sangsues sur la partie supérieure du thorax.) A six heures du soir, elle n'a pas encore été à la selle; on lui donne une prise purgative ordinaire. Le 1er septembre, à une heure après minuit, douze selles. Néanmoins, la respiration que les sangsues avaient améliorée est fort difficile et s'accompagne d'un bruit rauque très-fort. (Potion avec éther sulf. 1 once, et teint. d'opium gutt. xxx.)

Immédiatement après, la malade respire plus librement; elle dort deux ou trois heures; elle se trouve très-soulagée ce matin à huit heures; le pouls est à 120. Au poignet droit, il est le même qu'avant l'opération; mais elle sent, dit-elle, un obstacle à la partie inférieure de la trachée. La peau est fraîche, la face n'est point rouge. Le reste du jour se passe assez bien; il y a quelques heures de sommeil; la toux et la dyspnée sont moins fortes.

Le 2. Peu de sommeil; quintes de toux violentes; expectora-

tion d'une grande quantité de mucus écumeux ; râle muqueux dans la trachée et dans les grosses bronches ; envies de vomir ; pouls 120 à 135. — Le bruit de soufflet s'entend au-dessus et au-dessous de la clavicule comme avant l'opération. Le pouls devient plus distinct au poignet gauche. (12 sangsues sur le sternum, pot. éthér. sul. 1 once, t. op. gtt. xxxv, premier pansement : la plaie est en grande partie réunie par première intention,)

Le 3, elle a eu quelques instants de sommeil; sa respiration est, dit-elle, plus libre; il y a toujours beaucoup de râle muqueux; le pouls est à 140, faible. Néanmoins la malade conserve ses forces. (On lui donne un bifteck ; on continue l'éther et le laudanum toutes les quatre heures.

Les 4 et 5, les nuits ont été bonnes ; la respiration se fait mieux; la malade pense que la tumeur est diminuée. Elle est peut-être un peu moins solide, mais les pulsations sont aussi fortes. La plaie est entièrement cicatrisée, excepté au niveau du passage de la ligature.

Le 9, nuit excellente ; la malade dit que depuis le commencement de sa maladie, jamais elle n'a moins senti les battements de sa tumeur qu'aujourd'hui. Le pouls est à 96. Si l'on intercepte la circulation dans la sous-clavière, la respiration devient plus courte et plus difficile, et pour peu qu'on prolonge cette compression, la malade est dans de véritables angoisses. La dyspnée s'augmente encore par les mouvements les plus légers; mais la toux et l'expectoration ont presque disparu, La tumeur a beauooup diminué, et ses pulsations ne sont pas à beaucoup près si distinctes. — Le 11, on ne peut les sentir entre les deux portions du sterno-mastoïdien, et elles sont beaucoup plus faibles au-dessus du sternum. (Vésicatoire sur ce point. Potion *ut suprà,*)

Le 19, elle va très-bien; le 11, la dyspnée a entièrement disparu par l'emploi du vésicatoire, et n'a pas reparu. Il n'y a presque plus de toux; les nuits sont bonnes; la malade se lève pendant sept ou huit heures chaque jour. La marche n'a pas d'influence sur la respiration, non plus que l'action de monter ou de descendre un escalier. La tumeur donne encore des pulsations; mais parait diminuer graduellement de volume, La compression de la sous-clavière refuse, dit-elle, la respiration. (*makes breathing thick*) mais ne produit nullement l'angoisse qu'elle déterminait il y a une semaine.

Le 27, un mois s'est écoulé depuis l'opération. Il n'y a plus du tout de dyspnée, si ce n'est quelque peu, quand la malade marche avec trop de rapidité. Il y a encore quelques pulsations dans la tumeur ; mais la compression de cette région ne détermine aucun trouble de la respiration, ni aucun accident de quelque nature que ce soit. Depuis dix jours, elle n'a pris aucun médicament, et cependant elle dort très-bien. Elle est si bien, en un mot, que je consens à ce qu'elle retourne chez ses parents. M. Fearn a promis de donner la suite de cette observation intéressante.

ANÉVRYSME *de l'origine de l'artère carotide droite et du tronc innominé*, par M. MORISSON. (Buenos-Aires.)— Le 4 novembre 1832, je fus appelé pour voir don Jose Hurruz, âgé de 42 ans, natif de Bis

caye, en Espagne. Cet homme, bien proportionné, habituellement livré à un travail manuel, était retenu au lit, de temps à autre, depuis neuf mois, par les symptômes suivants : douleur à la région du cou; difficulté de respirer devenant pénible par l'action de faire quelques pas; rhumatisme de l'épaule droite et des muscles du cou du même côté; hémicranie du côté droit. Eu outre, large tumeur pulsative qui, s'élevant hors du thorax, remonte obliquement en dehors derrière l'extrémité sternale du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien. La tumeur, quand on comprimait la carotide au-dessus d'elle, ne diminuait point; mais le pouls devenait plus plein et plus fort au poignet droit. La compression exercée sous la sous-clavière droite augmentait la violence des pulsations de la tumeur, en même temps qu'elle en faisait apparaître dans les artères temporale et faciale du même côté. En raison de ces phénomènes, et des rapports de la tumeur, je conclus que j'avais affaire à un anévrysme de l'origine de l'aorte, droite et du tronc innominé.

Je fis connaître au malade les dangers d'un anévrysme de cette région, en même temps que les guérisons obtenues par les chirurgiens d'Europe et de l'Amérique du Nord; je lui fis un tableau fidèle des avantages et des dangers de l'opération, à laquelle néanmoins il voulut qu'on eût recours. Je le saignai et je lui prescrivis une dose de sel d'Epsom.

Le 8, je l'opérai en présence du docteur M'Donnel et de don Mariano Breo, chirurgien en chef. L'opération fut pratiquée au moyen d'une incision faite le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien; elle fut interrompue par une syncope qui survint au moment où la gaine des vaisseaux fut mise à nu. Quand le malade fut revenu à lui, on isola l'artère et on passa une ligature de soie applatie sous le vaisseau. La plaie fut réunie par des points de suture entrecoupés, par des emplâtres adhésifs, puis couverte d'un bandage, et le malade mis au lit.

Dans l'après-midi, le malade fut fort fatigué par des bruits sourds qu'il percevait dans le côté droit de la tête. Les pulsations de la tumeur sont très-fortes, et par le mouvement qu'elles impriment au collet de chemise, peuvent être comptées à quelque distance du lit. Le pouls au poignet est plein et dur, la peau chaude et sèche. Je fis une saignée de 16 onces.

Le 9, la nuit a été bonne. Pouls fort et fréquent, langue chargée, d'un enduit blanchâtre (Mixture saline). A six heures, après-midi, La médecine a produit son effet; un peu de sommeil dans le courant de la journée, pouls fort à 110. (Saignée de 10 onces.) Le 11, fortes pulsations de la tumeur; un peu de douleur autour de la blessure, peau humide. — Le 12. Premier pansement. La plaie est en grande partie réunie par première intention. Pouls à 98; souple. Le 15, pouls à 94; bon état de la plaie. — Le 13, le pouls s'est élevé à 108. (Saignée de huit onces qui produit une syncope.) Le 15, pouls à 100, fort. (12 sangsues sur la région du cœur.) Le 16, on prescrit du nitre et de la digitale; mais le trouble général qu'ils déterminent oblige à suspendre ces moyens. Le 17, la tumeur est molle au toucher. A partir de ce jour les pulsations y deviennent

plus faibles ; la tumeur elle-même commence à se durcir et à diminuer de volume Le seul symptôme qui réclame un traitement, c'est une douleur de la nuque et de l'épaule.

Au commencement de décembre, le malade se lève pour prendre ses repas. Le 9 du même mois, trente-deux jours après l'opération, la ligature se détache. Hurruz, après sa convalescence, se rendit dans une île du voisinage, où il travailla avec ardeur à faire du charbon de bois. Il venait à la ville de temps en temps, et ne manquait pas de venir me voir, et j'étais heureux de le voir bien portant. A sa dernière visite, cependant, (fin de juin 1834) il se plaignait d'oppression dans la poitrine, et d'une toux légère ; dans le but de le soulager, je lui appliquai des ventouses et je lui prescrivis une dose d'émétique. Ce fut la dernière fois que je vis Hurruz vivant. Le 4 juillet suivant, après avoir marché pendant vingt verges environ, à son arrivée dans la même maison où je l'avais opéré, un an et huit mois après, il tomba raide mort.

Le lendemain, j'examinai, en présence du docteur M'Donnell, les organes thoraciques.

Autopsie. — L'ablation du sternum et des cartilages costaux met à nu l'origine de l'artère sous-clavière droite qui en ce point est le siége d'une dilatation partielle. Le *tronc innominé* a le double de son volume ordinaire. Il est hérissé de petites pointes de matière osseuse.

La carotide droite, à partir de son origine jusqu'au point où la ligature a été appliquée, est dilatée en forme de sac et complètement remplie d'un dépôt de fibrine résistante. La partie thoracique de la tumeur est beaucoup plus volumineuse que celle qui s'élève au-devant du cou et adhère fortement à la face postérieure du sternum. Il est impossible de voir un type plus parfait des procédés que la nature assistée par l'art emploie pour la guérison de cette formidable maladie.

Les poumons sont libres de toute adhérence et paraissent sains. Le cœur n'offre rien d'extraordinaire à l'extérieur, mais sa dissection montre des traces évidentes d'inflammation surtout dans les ventricules. Les valvules semi-lunaires de l'aorte sont ossifiées ; l'arc de l'aorte est complètement ossifié et fortement dilaté. Le péricarde contient 8 à 10 gros de sérosité. (*American Journal of the med. sciences, n° 38. Febr.* 1837.)

N. D. R — Cette observation est fort remarquable, mais ne démontre nullement la possibilité de la guérison de l'anévrysme du tronc innominé par la méthode de Brasdor, l'artère sous-clavière restant perméable. En effet le tronc innominé offrait à l'autopsie le double de son volume ordinaire, et rien ne prouve qu'il fut diminué depuis l'opération. Le point en litige, savoir la possibilité de la guérison d'un anévrysme par la méthode de Brasdor quand il y a un vaisseau perméable entre le sac et la ligature, ce point, dis-je, n'est nullement décidé. Quant à la guérison d'un anévrysme de l'origine de la carotide dans le cas précédent, c'est un fait important à

ajouter à ceux de MM. Wardrop Lambert et Busch. Nous nous abstenons de toutes réflexions sur l'observation de M. Fearn. Bien que le succès paraisse incontestable, il s'est écoulé trop peu de temps depuis l'opération pour que l'on puisse prononcer avec certitude.

Perforation de la paroi abdominale par suite d'un furoncle —Observation par le docteur Schlieter. — Un furoncle s'était développé dans la paroi abdominale antérieure, chez une dame de 72 ans; au bout de quelques jours il s'ouvrit spontanément et alors un fort accès de toux étant survenu, la paroi abdominale se rompit au niveau du clou, et donna issue *au tiers du canal intestinal*, qui, lorsque le docteur Schlieter fut appelé, reposait sur les genoux de la malade.

Le pouls était filiforme, la face grippée, les vomissements continuels, les anses intestinales offraient une couleur rouge foncé et la circulation y était complètement interrompue. L'ouverture, qui n'offrait qu'un pouce et quart d'étendue, fut agrandie; les intestins rentrèrent facilement dans la cavité abdominale et la plaie fut réunie par la suture. Cette opération, aidée d'un traitement antiphlogistique, eut les plus heureux résultats, et la malade se rétablit de cette remarquable éventration. (*Woschenschrift Zeitung von Casper*. 1837, *n°*. 8.).

Séparation et évacuation d'une portion d'intestin.—Un homme de 66 ans, fut pris du *choléra sporadique* et accusait en même temps une douleur violente dans la région iliaque gauche : au bout de huit jours et sous l'influence d'un traitement antiphlogistique énergique, tous les symptômes se calmèrent, et le malade parut tout-à-fait rétabli, lorsque tout-à-coup eut lieu une évacuation alvine de matières sanglantes, d'une odeur cadavérique, au milieu desquelles on trouva une portion d'intestin, longue d'environ cinq quarts d'aune, paraissant appartenir au jéjunum, et accompagnée dans toute sa longueur d'une bande de mésentère d'un pouce de large : les deux extrémités étaient irrégulières et comme frangées.

L'issue de cette anse intestinale ne fut suivie d'aucun accident grave : quelques évacuations sanguinolentes et fétides eurent encore lieu, le malade eut un peu de fièvre, mais tous ces symptômes étaient disparus, lorsque survint une pneumonie qui amena la mort le neuvième jour de son invasion.

L'autopsie montra les désordres suivants : Dans l'hypocondre gauche, se trouve une cavité qui pourrait contenir le poing, cir-

conscrite par les intestins grêles, le colon descendant et le mésentère, réunis par des fausses membranes renfermant une petite quantité de matières liquides semblables à celles qui avaient été évacuées et offrant deux orifices, dont l'un conduisait dans le duodénum, l'autre dans l'ileum. Cette cavité n'avait aucune communication extérieure, aucun épauchement ne s'était fait dans la cavité abdominale, et le péritoine n'offrait aucune trace d'inflammation (*Woschenschrift Zeit. von Casper*, 1837. n. 10).

« En lisant cette observation, on se demande si le malade, qui en fait l'objet, a été atteint du *choléra sporadique*, et s'il ne faut pas voir plutôt ici un cas de volvulus à ajouter à ceux qu'a rapportés Névice ».

ONCTIONS MERCURIELLES A HAUTE DOSE. *Kyste hydatique au poignet. Opération, phlegmon consécutif. Onctions mercurielles.* — Un boulanger, âgé de 23 ans, portait depuis trois ans dans la paume de la main droite un kyste offrant tous les caractères des tumeurs hydatiques. Elle s'étendait jusqu'à la partie inférieure de l'avant-bras. M. Lisfranc pratiqua sur la partie la plus saillante et en même temps la plus inférieure de cette tumeur, vers le centre de la main droite, une incision de l'étendue d'un pouce. Il s'en écoula un liquide jaunâtre et des corpuscules cartilagineux semblables à des pepins de raisin. La tumeur fut complètement vidée et la plaie pansée simplement. D'abord tout parut bien aller, ensuite une réaction phlegmoneuse fort grave se déclara sur tout le membre, principalement à l'avant-bras et à la main. Les sangsues, appliquées au nombre de 80, n'ayant produit aucune amélioration, M. Lisfranc eut recours à des applications abondantes de pommade mercurielle sur toutes les parties phlegmoneuses. Les symptômes ont été enrayés avec une promptitude étonnante. La suppuration s'est établie et a continué pendant long-temps. Lorsque la période d'irritation a été passée, le chirurgien a exercé une légère compression de haut en bas sur tout le trajet du kyste. Cela n'a pas empêché toutefois *un abcès* de se former vers le tiers inférieur de l'avant-bras. Il fallut l'ouvrir. La suppuration a diminué peu à peu, le kyste s'est oblitéré; les plaies se sont cicatrisées, et il ne reste aujourd'hui qu'une petite ouverture fistuleuse dans la paume de la main qui finira par se cicatriser à son tour avec le temps. Le malade peut parfaitement se servir de son membre. (*Gaz. méd.* 1837, n° 5 et 22.)

Cette observation peut certainement être donnée comme un exemple des effets avantageux des onctions mercurielles à haute dose dans les cas d'inflammations traumatiques violentes. Mais n'aurait-il pas été plus convenable de prévenir l'inflammation à l'aide de l'irrigation continue? Le malade eût sans doute été exposé à beaucoup moins de danger, et l'affection n'eût pas été aussi longue dans sa marche. D'ailleurs, en employant l'irrigation,

comme on est complètement à l'abri de l'inflammation, on peut ouvrir plus largement le kyste, et par cela même son oblitération et la guérison radicale sont plus assurées. Si cette méthode eût été suivie, on n'eût pas eu non plus à ouvrir cet abcès, suite évidente du séjour du pus dans la plaie.

Lithotomie. — (*Description d'un procédé pour faciliter l'opération de la*). Par le docteur Schwartschild. — L'auteur s'étonne que pour faciliter une opération qui, plus que toute autre, a excité l'esprit inventeur des chirurgiens, on n'ait pas eu l'idée d'un procédé aussi simple que celui qu'il propose, et qui a l'avantage de rendre la taille sûre et prompte, même pour une main peu exercée.

En considérant les divers temps de l'opération sous le rapport des difficultés qu'ils présentent, les trois premiers (l'introduction du cathéter, l'incision de la peau et des muscles, celle de la portion membraneuse de l'urètre) sont faciles, et presque tous les chirurgiens s'accordent sur les procédés à suivre. Mais le quatrième temps (l'incision de la prostate et du col de la vessie) est difficile, parce qu'en faisant avancer le lithotome dans la cannelure du cathéter, on court le danger de blesser des parties importantes, comme le rectum; qu'il est besoin de beaucoup d'attention et de sûreté dans la main pour ne pas abandonner la rainure; que les mouvements du malade peuvent rendre ces qualités insuffisantes; enfin que la pression qu'il faut nécessairement exercer avec le lithotome contre la cannelure pour ne pas la quitter, nuit à la sûreté de l'opération et peut entraîner des dangers, sans oublier qu'en pressant ainsi, la pointe de l'instrument peut entamer la substance du cathéter et se trouver arrêtée dans sa marche ou même se briser.

Ces difficultés qui, de l'aveu des plus habiles opérateurs, s'opposent à l'exécution facile du quatrième temps de la taille, ont fait inventer, tant par les chirurgiens anciens que par les modernes, nombre de procédés tels que le gorgeret, modifié par Charles Blike de manière que le bec s'adaptât parfaitement à la cannelure, le bouton adapté au lithotome par Kern et Rust, la forme particulière donnée à la lame par Dubois, le *couvre-pointe* mobile de Langenbeck. Mais il restait encore, selon l'auteur, à *trouver un mécanisme à l'aide duquel une main même peu exercée pût en toute sûreté, sans le moindre danger de dévier ou de blesser les parties voisines, même au milieu des mouvements les plus désordonnés du malade, conduire le lithotome jusqu'à l'extrémité de la sonde.*

Ce problème, l'auteur pense l'avoir complètement résolu par ce

procédé, que toutefois il n'a point encore employé sur le vivant :

Il se sert d'un cathéter cannelé d'un calibre ordinaire, dont les *galeries*, au lieu d'être disposées parallèlement jusqu'au bec de l'instrument, *se rapprochent peu à peu, sans que la largeur de la cannelure en soit rétrécie.*

Il a fait adapter ensuite au *couvre-pointe* du lithotome de Langenbeck *un bouton arrondi dont la grosseur est exactement moulée sur le diamètre de la cannelure, de telle sorte qu'il puisse facilement s'engager dans la partie supérieure du cathéter et en sortir là où les bords de la cannelure sont encore écartés, mais qu'à mesure qu'il avance vers le bec où ces bords se rapprochent, il s'y trouve exactement maintenu.*—La cannelure doit être creusée profondément, de manière à représenter déjà près de son origine un peu plus d'un demi-cercle, et ses bords distants d'abord d'une ligne et demie environ, doivent se rapprocher graduellement jusqu'à un écartement d'une ligne, sans diminuer la profondeur de la cannelure, de manière que celle-ci représente les trois quarts d'un cercle.

Ce rapprochement doit commencer au niveau de la première courbure du cathéter et s'étendre jusqu'au milieu de la deuxième environ, et à partir de ce point, qu'on peut d'ailleurs varier selon le besoin, les bords de la cannelure doivent être parallèles jusqu'au bec de la sonde.

Quant au lithotome, le bouton porté sur l'extrémité rétrécie du *couvre-pointe* doit être arrondi, poli et garni sur l'une de ses faces d'un sillon destiné à loger la pointe de l'instrument. Du reste, la manière d'opérer est la même que celle de Langenbeck.

Ce procédé donné par le docteur Schwazrzschild ressemble beaucoup à celui que l'on trouve indiqué dans l'ouvrage de Jean-Jacques Perret (l'*Art du coutelier expert en instruments de chirurgie*, 1792.)

A la page 422 de la seconde partie, chapitre 47, article troisième, intitulé : *Des sondes à galeries rabattues et des lithotomes qui s'ajustent dans les galeries, suivant la méthode de MM. Lecat et Favier*, on lit la description d'une planche (pl. 139) représentant (fig. 13) *un lithotome à lame transversale de M. Lecat* : à l'extrémité de l'instrument est un *bouton pris sur pièce qui déborde le plat de la lame des deux côtés; ce bouton se loge dans la cannelure du cathéter* (fig. 14) dont les galeries sont rabattues de telle sorte que le bouton *y est retenu et ne peut sortir qu'aux extrémités.* (La cannelure

de ce cathéter offre près du bec une ouverture qui permet de retirer le lithotome quand il est parvenu en ce point.) L'auteur allemand ne fait aucune mention d'une ouverture de ce genre, et cependant elle semble indispensable pour dégager le couteau et achever l'opération.

(*Note du traducteur.*)

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

Séance du **13** *juin. Vaccine.*—M. ÉMERY, au nom de la commission de vaccine, lit un rapport adressé au ministre sur l'état de la vaccine en France pendant l'année 1835. — 85 départements ont envoyé des tableaux plus ou moins complets des vaccinations pratiquées dans le cours de cette année. Il résulte des documents transmis à l'Académie que sur 745,445 naissances, il y a eu 518,734 vaccinés, 43,316 variolés, 1,486 défigurés, et 1,893 morts. M. le rapporteur fait remarquer combien cet état de choses est loin encore d'être entièrement satisfaisant. Entre les départements qui se signalent par le zèle qu'ils montrent pour la propagation de la vaccine, il faut toujours citer celui de la Meurthe. Dans le département du Bas-Rhin on a obtenu des résultats qui méritent d'être connus : Sur 19,999 naissances, on a eu 16,624 vaccinations ; et comme il faut défalquer du premier nombre 2,681 décédés dans les premiers jours qui ont suivi la naissance, et les vaccinations restées inconnues à l'autorité, il en résulte que les deux nombres sont presque égaux. Dans le département de la Meuse, il y a eu 894 vaccinations de plus qu'en 1834, et 1015 dans celui du Cantal. Les départements des Vosges, des Ardennes sont aussi dans une progression croissante. Dans le dernier, les vaccinations ont atteint les huit dixièmes des naissances. — Mais à côté du bien, dit M. le rapporteur, nous devons signaler le mal. Ainsi, le département de la Mayenne, par exemple, n'a fourni qu'un tableau incomplet de 300 vaccinations, sans qu'il y soit question des naissances. En revanche, on voit qu'il y a eu 1,000 variolés, sur lesquels 400 sont restés défigurés ou infirmes, et 200 sont morts. Dans le département de l'Oise, la vaccine est également en décadence. On trouve 782 vaccinations de moins qu'en 1834, et sur 10,230 naissances, on ne compte que 4,199 vaccinations, ce qui établit un

rapport de 10 à 24. Dans le département de l'Allier, plusieurs maires ne s'occupent nullement de la vaccine. Le département de l'Ardèche n'a pas même envoyé de tableau.

La vaccine s'est d'ailleurs montrée, comme toujours, un préservatif certain de la variole. M. Barroy, de Besançon, qui vaccine depuis trente-deux ans, écrit a l'Académie qu'il n'a pas encore vu un seul cas de variole chez ses vaccinés. Un des membres de la commission a vu dans l'espace de cinq ans et demi 180 varioles confluentes traverser une population de plus de 12,000 vaccinés; pas un de ceux-ci n'a été atteint, et cela dans un hôpital où les malades sont très-rapprochés. M. Vernhes, l'un des principaux vaccinateurs du département du Tarn, a arrêté la variole dans plusieurs communes et a vu tous ses vaccinés préservés.

M. le rapporteur aborde ensuite la question des revaccinations. La Commission trouve que ces expériences ont le double inconvénient d'ébranler la confiance dans la vaccine, et de répandre des doutes sur l'efficacité suffisante d'une première vaccination. Du reste, des faits contradictoires à cet égard sont parvenus à l'Académie, en 1834. M. Vernhes, sur 12 revaccinations, n'a pas réussi une fois. Les personnes inoculées avaient de 18 à 25 ans. M. Falières n'a pas été plus heureux. M. Boucher, de Versailles, au contraire, a revacciné 200 personnes de 15 à 40 ans, et assure avoir donné une bonne vaccine à une trentaine, et l'avoir ensuite reportée avec succès sur des jeunes enfants non encore vaccinés. — La communication de M. Boucher laisse à désirer plus de précision. L'un des membres de la commission a, de son côté, pratiqué des revaccinations sur 114 sujets : 30 sur des sujets de 18 à 26 ans; 14 sur des enfants de 11 à 16 ans; 11 sur d'autres âgés de 8 à 11 ans; et 9 depuis l'âge de trois ans jusqu'à 7 ans. — Il y a eu des éruptions variées; mais une jeune fille de 18 ans est la seule qui en ait offert une qui ressemblait à la bonne vaccine. Chez un jeune homme de 26 ans, il est survenu des engorgements sous-axillaires terminés par suppuration. De ces faits et de quelques autres analogues, M. le rapporteur conclut que rien ne doit modifier la juste confiance qu'on a eue jusqu'à ce moment dans la première vaccine. La variole a sévi encore avec violence dans six départements : celui de la Mayenne présente le chiffre le plus élevé des malades, 1000; celui de la Charente-Inférieure vient après : il y a eu 736 variolés; dans le département d'Ile-et-Vilaine 700; dans celui de la Corse, 665; enfin, dans celui de Saône-et-Loire, 645. — Parmi les médecins dont les efforts et le zèle ont le

plus contribué à favoriser l'extinction de la petite vérole dans les départements, M. le rapporteur cite MM. Nauche, dans le département de la Seine ; Fau, dans l'Arriège ; Boissat dans la Dordogne ; Jamault, docteur médecin à Domfront ; Barrey, à Besançon ; Winter, dans le département de la Meurthe ; Boucher, à Versailles ; Bonnardon, de Vizille ; Benoît, de Grenoble, et Hullin, de Mortagne, en Vendée.

Quoiqu'il ne s'agisse que de l'état de la vaccine en 1835, la Commission a cru cependant convenable d'adresser au Ministre le résumé détaillé des observations que l'Académie a recueillies en 1836, sur le nouveau cowpox dont la découverte incontestable est un événement qui doit faire époque dans l'histoire de la vaccine. M. le rapporteur rappelle ici tout de que l'on sait de cette découverte du cowpox qui, recherché en vain depuis si long-temps, a semblé tout-à-coup apparaître de tous côtés. — Ainsi, en 1832, M. Maucroni crut l'avoir trouvé à Rome ; en 1833, à vingt-six lieues de Berlin, le docteur Bremer, après une trentaine de transmissions, l'envoya au docteur Krauf, qui lui-même l'inocula avec succès. En 1834, M. Maucroni affirme l'avoir retrouvé sur le même troupeau qu'en 1832. Enfin, en 1836, à quelques jours de distance, comme on s'en souvient, le cowpox fut annoncé en France en trois endroits assez rapprochés : à Passy, près Paris, à Rambouillet et à Amiens.—M. le rapporteur redit particulièrement les circonstances de la découverte du cowpox de Passy, le seul qu'on soit parvenu à conserver et à transmettre en France et dont l'action soit démontrée analogue à celle de la vaccine Jennérienne, quoique son origine ait pu être l'objet de quelques doutes. C'est, en effet, sur les pustules des doigts de la dame Fleury que le virus a été pris ; et il a été impossible de recueillir même des croûtes sur la vache qui l'avait inoculé. Et à ce propos M. le rapporteur cite les faits remarquables observés par le docteur Guillon, à Saint-Pol-de-Léon, qui, dans une épidémie de variole, eut l'heureuse idée de recourir, à défaut de vaccin, à l'inoculation du pus de la varioloïde pour préserver les enfants non atteints, et obtint des pustules tout-à-fait semblables au vaccin sur plus de 500 individus, qui se trouvèrent impropres à recevoir ensuite la vaccine. — L'Académie poursuivra avec le plus grand soin ses recherches sur cet important sujet. — M. le rapporteur termine en annonçant au Ministre que l'Académie lui fera connaître les noms des médecins qui réunissent le plus de titres aux récompenses à décerner.

M. Paul Dubois n'admet point que l'expression d'*heureuse idée* que M. le rapporteur applique à l'invention de M. Guillon, soit convenable; car elle pourrait engager à l'imiter. et ce serait fâcheux, vu que cette inoculation de la varioloïde a été répétée *très-malheureusement*, puisqu'elle a déterminé une éruption générale. — Sur la remarque de M. Bousquet, qui représente la situation dans laquelle se trouvait M. Guillon, privé de vaccin, et la réplique analogue de M. Émery, M. Paul Dubois consent à ce que, pour le cas dont il s'agit, l'idée d'inoculer la vaccine ait été heureuse; mais il n'en persiste pas moins à soutenir que cette expression *dans le rapport* est mal placée, parce qu'elle peut donner le change aux esprits peu attentifs.

M. Bousquet émet plusieurs propositions d'un haut intérêt dans la question. Après avoir combattu vivement, même dans ses écrits, l'opinion qui admettait la dégénération de l'ancien vaccin, il se rend aujourd'hui à l'évidence et l'admet positivement. Avant la découverte du nouveau cowpox, il n'avait pas de termes de comparaison; maintenant il les possède. Comme l'a dit la Commission, le nouveau virus rappelle par ses effets tout ce que Jenner a publié des premières inoculations de l'ancien. Les boutons obtenus durent plus long-temps, puisque la croûte, au lieu de tomber vers le douzième jour, n'est quelquefois pas tombée au trentième. — M. Bousquet n'a pas vu, comme M. Emery, la suppuration des ganglions de l'aisselle; mais il a vu la peau où siégeait le bouton être profondément ulcérée et la cicatrice telle que celle qui succède à une perte de substance. Ces différences entre les effets du nouveau vaccin et ceux de l'ancien, indiquent incontestablement plus d'activité dans le premier. M. Bousquet a d'abord reculé devant cette conséquence; il a même fortifié sa résistance par toutes les raisons qu'il a pu réunir Une surtout a été très-spécieuse : c'est que la variole confluente et la discrète proviennent du même virus, puisqu'elles peuvent naître mutuellement l'une de l'autre. Mais ce qui détruit ici toute analogie, c'est que l'ancien virus ne donnera jamais les pustules du nouveau. Certes il n'y a pas deux vaccins, mais l'un est vieux et l'autre est jeune, et cette différence en engendre d'autres qu'on n'avait pas prévues et qui prouvent qu'en réalité le virus dégénère.

Une seconde proposition de M. Bousquet est celle-ci : On vaccine à tout âge; on a même dit qu'on ne pouvait vacciner trop tôt. M. Bousquet pense qu'on doit, *autant que possible*, s'abstenir de vacciner avant l'âge de trois mois. Ses principales raisons sont : la

première, que l'on n'a qu'infiniment rarement la variole avant trois mois, comme le montre M. Mathieu dans l'*Annuaire du Bureau des longitudes*; la seconde, et celle-ci est majeure, c'est que, parmi les individus vaccinés et atteints de variole, il est constaté que ce sont particulièrement ceux qui ont reçu le vaccin avant l'âge de trois mois qui n'ont pu échapper à la contagion. M. Bousquet lui-même a cru remarquer que c'est particulièrement aussi sur ces sujets que les revaccinations réussissent.

Cette dernière proposition de M. Bousquet est fortement attaquée par MM. Paul Dubois et Moreau, qui soutiennent qu'on ne peut trop tôt, en effet, vacciner les enfants. Ils citent plusieurs cas de variole avant trois mois.

M. Rochoux n'admet nullement la dégénerescence du vaccin : il se fonde sur l'efficacité préservatrice de l'ancien qui n'a pas varié. — M. Bouillaud ne se rend point aux raisons de M. le rapporteur à propos du blâme qu'il déverse sur les revaccinations. Si ces expériences ébranlent la confiance dans la vaccine, c'est sans doute un inconvénient; mais encore, si elles étaient nécessaires, il faudrait bien y recourir. — Qui soutiendrait, en effet qu'une revaccination n'eût pas préservé beaucoup d'individus vaccinés qui ont été atteints de la variole? — Quoi qu'il en soit de toutes ces observations, le rapport de M. Emery est mis aux voix et adopté.

Comité secret pour le Prix de Vaccine.

Premier prix de 1500 francs, partagé entre MM. Fau, de l'Arriège, Benoit, de Grenoble, et Boissat de la Dordogne.

Médailles d'or : MM. Jamault, de Domfront; Winther de la Meurthe; Bonnardon, de Vezille; et Hullin, de Mortagne.

Séance du 27 juin. — Pneumonie. — M. Jules Pelletan termine la lecture qu'il avait commencée dans la séance précédente et dont le sujet est : *Des applications de la Statistique à l'étude de la Pneumonie.* L'auteur résume les résultats des observations contenues dans son Mémoire, par les propositions suivantes :

1° Les pneumonies d'un seul côté ont été plus fréquentes que les pneumonies doubles, dans la proportion de 7 à 2.

2. Le poumon droit a été plus souvent enflammé que le gauche, dans la proportion de 2 1/2 à 1.

3. La base a eu une disposition plus grande à s'enflammer relativement au sommet, dans la proportion de 1 1/2 à 1.

4. L'âge de la pneumonie étant le même, le degré où est par-

semée l'affection a été différent. Le rapport exact entre ces deux données ne s'est trouvé que dans les deux termes extrêmes de l'âge, après le premier jour et après le quinzième.

5. La pneumonie a été deux fois plus fréquente pendant la jeunesse de l'homme, de dix-sept à trente ans, qu'à aucune autre époque de la vie.

6 Les hommes ont été environ dix fois plus atteints que les femmes.

7. La cause directe la plus générale de la pneumonie (dans les 6/9 des cas au moins) a été un refroidissement.

8. Le point de côté a accompagné la pneumonie 13 fois sur 14 cas.

9. Le nombre des pulsations artérielles n'a donné aucune mesure exacte du degré auquel était arrivée la pneumonie, et par conséquent de sa gravité.

10. Le nombre des inspirations a été une mesure exacte de la gravité à laquelle était arrivée l'affection.

11. Le symptôme prostration n'a pas, dans les cas de pneumonie que je cite, présenté un phénomène qui ait accru la gravité de l'affection.

12. Le symptôme délire a été un des phénomènes les plus graves, et, pour nous, a toujours été suivi d'une terminaison funeste.

13. Les deux phénomènes prostration et délire ont été plus particulièrement liés à l'inflammation du sommet du poumon.

14. La pneumonie avec l'élément bilieux s'est présentée une fois sur 4 cas environ.

15. La température élevée n'a pas été une cause productrice évidente de la pneumonie bilieuse.

16. Le développement de la pneumonie à la base du poumon droit a coïncidé le plus souvent avec l'apparition de l'élément bilieux.

17. La circonstance d'une ou de plusieurs pneumonies antérieures n'a pas été une circonstance favorable dans la question de la gravité de la pneumonie actuelle; elle a semblé au contraire un antécédent fâcheux.

18. Le traitement fait par les malades, avant leur entrée à l'hôpital, a été nul ou contraire dans les trois quarts des cas; dans le dernier cas, il a été presque toujours incomplet.

19. Dans tous les cas de pneumonie, la masse du sang enlevé a varié de 13 à 17 palettes. Cette soustraction a été faite dans les trois ou quatre premiers jours de l'entrée du malade à l'hôpital.

20. Dans les pneumonies d'un seul côté, depuis le premier degré jusqu'au deuxième degré confirmé inclusivement, la guérison a été la règle et la mort la très-rare exception (2 sur 55).

21. Dans les pneumonies doubles traitées par les émissions sanguines, la guérison a eu lieu dans le rapport de 16 à 5, un peu plus que les 2/3.

22. Dans les deux cas de pneumonie au troisième degré, la terminaison a été funeste.

23. En ne comptant que les malades traités par les saignées, en défalquant par conséquent les cas légers traités par les émollients et les deux cas traités par l'émétique ou par les vésicatoires, la mortalité générale a été de 1 sur 8 3/4 (bien près de 9).

24. Dans tous les cas, la guérison est survenue entre le cinquième et le septième jour de l'entrée, et entre le neuvième et le treizième de la maladie.

25. Le traitement antiphlogistique a réussi aussi bien dans les pneumonies bilieuses que dans celles où cet élément n'existait pas.

26. Les vésicatoires employés après des évacuations sanguines suffisantes n'ont jamais accru le mouvement fébrile, et paraissent avoir eu des résultats avantageux.

Les commissaires nommés pour faire un rapport sur ce mémoire sont : MM. Husson, Baron et Rayer.

Nouvelles capsules propres à faciliter l'administration du copahu. — M. Gueneau de Mussy lit au nom d'une commission composée de MM. Planche, Boullay, Cullerier et lui, un rapport sur une nouvelle espèce de capsule de l'invention de M. Raquin pharmacien. Ces capsules sont formées d'une couche légère de gluten pur. Le copahu, avant d'être réduit en pilules, est incorporé à 1/24 de magnésie. La commission a fait préparer sous ses yeux les pilules, et en a fait l'essai dans un grand nombre de cas à l'hôpital des vénériens. Elle regarde ce mode d'administration comme supérieur sous plusieurs rapports à celui de M. Mothe, par les capsules gélatineuses, qui méritèrent à juste titre l'approbation de l'Académie. La commission fonde cette préférence sur les motifs qui suivent : les pilules de copahu enveloppées de gluten, peuvent avoir un volume variable à la volonté de celui qui les prescrit, ce qui n'est pas pour les capsules gélatineuses. Sous un plus petit volume, les capsules de gluten contiennent plus de copahu que les gélatineuses ; elles ne laissent pas transpirer le copahu comme celles de gélatine. Immergées dans l'eau fraîche, ou dans quelque eau odorifère, elles sont plus glissantes et plus faciles à déglutir que les

gélatineuses; de plus, elles sont agréables au goût par l'odeur qui leur est communiquée par l'eau odorifère. Enfin, on peut administrer le copahu dans les capsules glutineuses, à plus forte dose que dans les capsules de gélatine, sans l'inconvénient des éructations nauséabondes qu'occasionnent ces dernières, lorsqu'elles sont fondues dans l'estomac. La petite dose de magnésie que l'auteur joint au copahu, prévient cet inconvénient et en facilite la digestion.

M. Cornac saisit cette occasion pour dénoncer le peu de cas que l'autorité fait des jugements de l'Académie qu'elle consulte. Il cite plusieurs exemples de brevets accordés par le ministre du commerce à divers remèdes improuvés par elle. — Divers membres parlent dans le même sens, et signalent les illégalités commises chaque jour à ce sujet par l'autorité. On décide que le bureau auquel est adjoint une commission, fera auprès du ministre les démarches nécessaires pour l'éclairer sur ce point de police médicale.

Étranglement interne de l'intestin *pris pour une péritonite puerpérale;* observation par M. Mourel, chirurgien au Mans; rapport de M. Baffos. — Un an après son mariage, madame N. accouche heureusement d'un enfant qu'elle ne nourrit pas. Au dixième jour, les mamelles ne s'étaient pas même gonflées; les lochies coulaient. Le douzième jour, madame N. sent tout-à-coup, vers la fosse iliaque droite, une douleur assez vive. Le lendemain elle allait assez bien; le surlendemain, hoquets, vomissements, etc. : la malade offrait une hernie ombilicale qui était molle et indolore; aucune autre tumeur n'était apercevable aux anneaux abdominaux. On mit en usage un traitement anti-phlogistique assez actif, mais la malade succomba au bout de 8 jours, le 20e de ses couches. A l'ouverture du corps, on trouva le cœcum étranglé par l'appendice cœcal roulé autour de l'intestin. La matrice et le péritoine étaient presqu'à l'état normal. — Le rapporteur établit que l'erreur de diagnostic, dans ce cas, n'a pu avoir aucun inconvénient, puisque le traitement ne devait pas être différent.

Calculs urinaires *recouverts d'une sorte de dorure.* — M. Ségalas présente trois calculs, dont l'un est gros comme une fève; les deux autres sont un peu plus petits; ils ressemblent à de la porcelaine dorée. Ces trois calculs ont été trouvés, le gros dans le rein d'un bœuf, les deux autres dans la vessie d'une vache. En raclant avec l'ongle sur un point, la dorure s'enlevait et le fond de la pierre était blanc. Si l'on frottait ensuite ce même point avec la pulpe du doigt, il se couvrait de nouveau d'une couche dorée. Un examen

chimique doit être fait pour décider à quel principe peut tenir cette enveloppe dorée.

Séance du 4 juillet. — Polypes utérins. — Mémoire de M. Pécot. Rapport de M. Capuron. — M. Pecot rapporte l'observation d'une femme de 39 ans, qui, ayant accouché heureusement et ayant repris au douzième jour de ses couches ses occupations, fut prise d'une métrorrhagie qui la réduisit à un état de faiblesse excessive M. Pecot, appelé alors, trouve le col de l'utérus presque dans le même état qu'il est immédiatement après l'accouchement. Il porte la main dans la matrice et y rencontre une masse charnue qu'il déchire en cherchant à l'attirer au dehors. L'hémorrhagie revient alors plus abondante. La malade perd connaissance et tombe en syncope. M. P. reporte sa main dans le vagin, saisit le polype à pleine main et l'arrache. Le polype qui avait le volume d'un œuf, étant enlevé, le sang cessa de couler ; la malade reprit connaissance et se rétablit très-bien. M. P. cite, cette observation pour faire voir que s'il est des polypes où la ligature et l'incision sont préférables, il en est d'autres où l'arrachement convient mieux ; tel est celui qui se montre immédiatement ou peu de temps après l'accouchement. Le rapporteur n'est pas de cet avis. Il pense que le fait de M. P. ne présente qu'un cas exceptionnel, et que sa conduite ne pourrait être imitée que dans une circonstance semblable, où l'hémorrhagie et l'épuisement ont mis les organes dans un relâchement qui a pu seul permettre des manœuvres impossibles autrement.

Choléra de Naples. — M. Thibault lit une notice sur le choléra qui a sévi à Naples pendant l'année 1836. La consternation fut telle, que 30,000 personnes quittèrent la ville. L'administration crut devoir, dans le but de calmer les esprits, ordonner le transport des malades, quel que fût leur rang, dans un hôpital éloigné, uniquement consacré aux cholériques. Mais on put bientôt revenir sur cette ordonnance, lorsque les esprits se furent calmés sur les idées de contagion, après une démarche du roi qui parcourut les rues où sévissait le plus le fléau et eût visité les hôpitaux des cholériques. M. T. retrace les traits du choléra de Naples, et en montre la similitude avec celui qui a sévi dans le nord de l'Europe et particulièrement en France. Une remarque qui fut faite dans les autopsies cadavériques, c'est qu'au milieu du mucus qui regorgeait dans les intestins, on trouvait des vers en si grande quantité, que chaque cadavre en renfermait deux à trois cents. Ces vers étaient de plusieurs espèces; il y avait des lombrics, des ascarides et tri-

céphales. Cette dernière espèce est assez rare à Naples pour que le naturaliste qui a passé une partie de sa vie à l'étude des vers intestinaux n'y ait jamais rencontré celui-là. Sur 200 ouvertures de cholériques, les vers n'ont manqué qu'une seule foissur une femme qui portait un cancer à la valvule iléo-cœcale. Au-dessous du mucus, les follicules de Brunner paraissaient si développés, qu'ils égalaient souvent un grain de millet. Ce qu'il y a de curieux, ajoute M. Th., c'est qu'on a vu les mêmes lésions sur les personnes qui succombèrent pendant l'épidémie, quoiqu'à une maladie étrangère au choléra. Ainsi, sur 80 cadavres, M. Th. trouva des tricocéphales dans tous sans exception, quoiqu'en moins grand nombre. Les intestins étaient également remplis de mucus, et les follicules presque aussi développés. Il n'est pas jusqu'à deux hommes tués à coup de couteau, au milieu de la plus parfaite santé, sur lesquels on n'ait observé les mêmes lésions et jusqu'aux tricocéphales.

Introduction de l'air dans les veines pendant les opérations. — M. Amussat communique le fait suivant : samedi dernier, 1er juillet, ce chirurgien fit, en présence de MM. Canquoin, médecin ordinaire de la malade, Isenard, Braux, Tesseroau, Foret, Gibon et Le Vaillaut, l'ablation du sein droit sur une femme âgée de quarante-sept ans, d'une forte constitution, d'une assez bonne santé, quoique souffrant depuis deux ans d'une petite tumeur dure, squirrheuse, qui finit par s'étendre, malgré les traitements employés, à toute la glande mammaire droite et aux tissus sous-jacents environnants.

Après avoir enlevé tout ce qui pouvait l'être en masse, et dénudé tout le côté droit de la poitrine, M. Amussat s'occupait de détruire les restes de la maladie, qui se prolongeaient du côté opposé, lorsque tout-à-coup, en coupant en dedans et au-dessus de la clavicule gauche une accumulation de granulations suspectes, il entendit, ainsi que MM. Izenard, Foret et Le Vaillant, un bruit distinct et saccadé d'air qui s'introduit dans une cavité par une ouverture étroite Aussitôt la malade, qui avait supporté l'opération avec un grand courage, se plaignit de malaise, éprouva un sentiment de suffocation, pâlit, et dit qu'elle allait mourir. Un second bruit saccadé qui eut lieu à peu d'intervalle du premier, ne laissant plus à l'opérateur aucun doute sur la réalité de l'accident grave et presque toujours funeste qui venait d'arriver, il s'empressa de mettre le doigt sur le point d'où était parti ce bruit. Pendant ce temps la malade dit à plusieurs reprises : *Je m'en vais, je suis sûre que je vais*

passer. Son visage se couvrit d'une sueur froide, ses yeux se tournèrent fortement en haut, et il crut, ainsi que les assistants, que la malade allait mourir. Les chirurgiens seuls concevront, dit-il, l'angoisse qu'il éprouvait. Convaincu de plus en plus, et par le bruit et par les symptômes, qu'il y avait introduction de l'air par une veine béante, M. Amussat s'empressa de le chasser en comprimant fortement la poitrine pendant qu'il laissait libre l'ouverture de la veine. Après avoir ainsi comprimé plusieurs fois, il chargea un aide de presser avec la main sur l'endroit d'où le bruit avait été perçu.

Au bout de quelques minutes, la malade se sentit un peu mieux. Les angoisses diminuèrent, et M. Amussat termina l'opération en énucléant plusieurs ganglions lymphatiques dégénérés qui avoisinaient le plexus brachial et les vaisseaux. Il tordit plusieurs artères qui donnaient du sang, et enfin il fit, avec une aiguille courbe et du fil, une ligature médiate sur un bouchon de graisse autour du point d'où s'était fait entendre le bruit. — L'opération ainsi terminée, la plaie fut recouverte avec un linge imbibé d'huile et pansé à plat; et vu la faiblesse de la malade, on la laissa sur le lit où elle avait été opérée.

Ce n'est pas, dit M. Amussat, le seul cas de ce genre qui ait été observé; mais il croit que c'est le seul dans lequel la mort n'ait pas eu lieu. En effet, il ne s'agit que de lire tous ceux qui ont été publiés jusqu'à ce jour, et il y en a déjà un certain nombre, surtout depuis qu'on connaît la cause de ces morts subites, qui arrivent pendant qu'on fait une opération sur la partie supérieure du corps, c'est-à-dire au cou et au thorax.

A quoi faut-il attribuer le succès que M. Amussat a obtenu? sans doute, dit-il, à la connaissance du bruit caractéristique qu'il a souvent entendu en faisant des expériences sur des animaux, et à la compression de la poitrine pour expulser de suite l'air qui s'est introduit spontanément, et dont l'introduction dans les veines voisines du cœur devient mortelle en distendant les cavités droites de cet organe, de manière à ce qu'elles ne puissent plus se contracter.

A cette occasion, M. Amussat parle de la nécessité de faire des expériences sur les animaux. En effet, sans elles il n'aurait pas eu sans doute à se féliciter, dans le cas qui fait le sujet de sa communication, d'un succès qu'il doit aux moyens qu'il a employés contre cet accident reconnu tout de suite, parce qu'il l'a souvent observé sur les animaux. Il faut être bien familiarisé avec le brui produit par l'air entrant dans une veine; car si on ne le reconnat pas de suite et qu'il faille réfléchir à ce qui se passe, le tem p

qu'on y met suffit pour que la mort arrive très-promptement, comme le prouvent des exemples déjà trop nombreux. La malade qui fait le sujet de cette observation est aujourd'hui dans l'état le plus satisfaisant, malgré l'accident et la gravité de l'opération.

Séance du 11. Introduction de l'air dans les veines pendant les opérations. — M. Amussat revient sur ce sujet et sur l'opération qui lui a donné occasion d'en parler. Il attribue le succès qu'il a obtenu dans ce cas au soin qu'il a pris de comprimer le thorax et de boucher la veine avec une espèce de bouchon de graisse ; car dans tous les autres faits de ce genre la mort a toujours eu lieu. Bichat croyait qu'il suffisait d'une seule bulle d'air pour faire périr un animal ; mais M. Magendie a prouvé que Bichat était dans l'erreur, et qu'il fallait une certaine quantité d'air pour amener la mort, sans déterminer cette quantité. Aussitôt qu'on a fait pénétrer une assez grande quantité d'air dans les veines d'un animal, il tombe comme frappé par la foudre. Cette introduction est annoncée par un sifflement particulier. A l'ouverture du cadavre on trouve les cavités droites du cœur distendues par du sang écumeux qui s'étend jusqu'aux premiers gros troncs veineux. Si l'on comprime avec force la poitrine d'un animal dans les veines duquel on a introduit de l'air, on voit jaillir du sang écumeux par la veine ouverte, et l'animal revient quelquefois à la vie. M. Amussat pense donc que le meilleur moyen à employer dans les cas où l'air s'introduit dans une veine ouverte dans une opération, est la compression thoracique.

M. Blandin rappelle ce qu'a fait Nysten sur cette question : il résulte de ses expériences que, contre l'opinion de Bichat, qu'il a le premier combattue, il faut une certaine quantité d'air pour produire des accidents; que les gaz injectés dans les veines déterminent des effets d'autant plus prononcés qu'ils sont moins insolubles dans le sang. L'introduction de l'air dans les veines et les accidents qui la suivent n'ont lieu que dans les opérations faites au cou et à la partie supérieure du thorax ; cela dépend de ce qu'au cou les veines sont logées dans des canaux fibreux qui les tiennent béantes. La même disposition des veines peut provenir d'adhérences accidentelles ou d'une hyperthrophie des parois veineuses qui détruit leur souplesse. M. Blandin ne croit pas que les syncopes ou les morts subitement arrivées pendant les opérations soient toutes dues à la cause que l'on a invoquée, à l'introduction de l'air dans quelque veine ; et en particulier, il n'est pas bien sûr que cette introduction ait réellement eu lieu dans le cas rapporté

par M. Amussat. Le sifflement qu'il a entendu peut lui avoir fait illusion, comme cela lui est arrivé à lui-même, et tenir au choc du sang lancé par une artère ouverte contre les parties qui l'entourent. Ainsi, dit M. Blandin, je pratiquais sur une femme l'extirpation d'une grosse tumeur située vers le sommet de la poitrine et s'étendant jusque sur le plexus brachial : tout-à-coup un bruit insolite analogue à un sifflement se fait entendre, et la malade tombe en syncope. Je pense avec tous les assistants que de l'air s'est introduit dans une veine ouverte. Un aide met le doigt sur la plaie; divers moyens sont employés : la syncope se dissipe. Je cherche la veine ouverte, je ne la trouve pas, et je m'aperçois que j'ai ouvert l'artère cervicale transverse. Tous les accidents provenaient de la section de cette artère, car je les reproduisis à volonté. M. Blandin croit, du reste, qu'avec quelque attention on ne peut se méprendre sur la réalité de l'introduction de l'air dans les veines. Outre le sifflement dont il a été parlé, l'anxiété du malade, la syncope, il se fait dans la poitrine un bruit particulier, une espèce de *glou-glou*, que l'auscultation fait parfaitement reconnaître. Mais, dans le cas d'introduction d'air dans les veines, à quel moyen avoir recours pour en détruire les effets? M. Blandin pense que la compression des parties latérales employée par M. Amussat est un moyen complètement inutile, sinon dangereux; inutile, car les valvules des veines s'opposeront au reflux de l'air; dangereux, car la pression devra être très-énergique pour être efficace, et cette pression pourra alors avoir des suites fâcheuses. M. Blandin croit que, dans de tels cas, il n'y a rien de mieux à faire que d'employer le moyen proposé par M. Magendie, et qui consiste à introduire une sonde dans la veine, aussi loin que possible, et d'aspirer, soit par la bouche, soit à l'aide d'une pompe.

M. Rochoux pense que comprimer la poitrine d'une personne qui se trouve mal, et qui a par conséquent besoin d'air, n'est raisonnable ni en théorie, ni en pratique.

M. Roux rapporte que, dans sa pratique, il a eu deux fois le malheur dont on parle. Il y a cinq ou six ans, je faisais, dit ce chirurgien, l'extirpation d'une tumeur au cou. Cette tumeur avait des adhérences assez intimes avec la veine jugulaire interne. Malgré toute l'attention que je pouvais y mettre, je blessai cette veine. A l'instant l'on entend un sifflement tout particulier, la malade pousse un cri aigu, le cœur s'arrête, la respiration se suspend. Je fis jeter des potées d'eau sur sa figure; tout-à-coup le cœur reprit ses mouvements; la figure s'anima, mais les facultés

intellectuelles ne revinrent pas. Cette femme vécut sept à huit jours; à l'ouverture du corps on crut trouver quelques bulles d'air dans le cœur.— Autre fait. Je faisais l'extirpation du bras pour une brûlure qui avait produit des gangrènes énormes. En pratiquant le lambeau postérieur, j'entends un sifflement perçant ; cependant je ne m'arrêtai pas. Nouvelle incision, nouveau sifflement. A peine l'opération était-elle terminée que le malade était mort. L'ouverture du corps montra distinctement le cœur distendu par de l'air.

M. Barthélemy dit que l'introduction de l'air dans les veines, est fort connue des médecins vétérinaires. Autrefois, pour se défaire d'un cheval morveux, ils le saignaient à la jugulaire et y injectaient de l'air : en quelques minutes l'animal avait cessé de vivre. Ils savaient aussi que l'air peut s'introduire artificiellement ; à l'instant où l'air entre dans la veine, on entend un bruit que l'on ne peut comparer à rien, mais qu'on reconnait toujours quand on l'a entendu une fois. Cet accident est des plus redoutables, et si l'on n'a l'attention de rapprocher promptement les bords de la plaie, c'en est fait de la vie de l'animal ; mais si l'on s'oppose à l'introduction de l'air, il se rétablit sans qu'il y paraisse.

M. Velpeau ne croit pas que la mort qui arrive subitement dans les opérations soit toujours due à l'introduction de l'air dans les veines. En effet, en pareille circonstance, on peut mourir d'hémorrhagie, on peut mourir de douleur, et comme par épuisement de la sensibilité. D'un autre côté, il est fort difficile de prouver que la mort a eu lieu par suite de l'introduction de l'air dans les veines. Il y a plus, on a recherché les conditions auxquelles cette introduction pouvait se faire, et l'on a trouvé qu'à la distance de 6 ou 7 centimètres du cœur, elle est impossible. Or, s'il en est ainsi, beaucoup de faits qu'on a cités, ne se rapporteraient pas à cette cause de mort. De plus, il faut que les veines soient distendues et maintenues dans cet état ; ce qui n'arrive jamais aux veines des membres. En résumé, M. Velpeau croit que les veines grosses, maintenues dans un état de dilatation par des adhérences, peuvent se prêter à l'introduction de l'air ; partout ailleurs il y a doute pour lui.

M. Gerdy, pense également que l'introduction de l'air dans les veines n'a pas toujours eu lieu dans tous les cas ou l'on a accusé cette cause de mort. C'est pour expliquer l'évènement fâcheux, pour s'en décharger sur quelque circonstance extraordinaire, que souvent les chirurgiens ont imaginé de l'y faire intervenir. Dupuy-

tren opère un homme qui lui meurt dans les mains. Aussitôt il imagine que l'air a pénétré dans les veines. Qu'en savait-il? Qu'a-t-il fait pour s'en assurer? Rien. Mais enfin, dans les cas où ce fait a réellement lieu, que faudrait-il faire? M. Blandin a dit qu'il introduirait un tube dans la veine; M. Rochoux qu'il ferait la succion. Mais l'exécution de cela n'est pas facile. Le malade périt dans un instant presqu'indivisible, et quand on aurait un tube, il n'est pas aisé de l'introduire; le plus souvent on ne voit pas la veine. M. Gerdy proposerait donc d'exercer une pression circulaire sur la poitrine pendant tout le temps que dure l'opération. On dit qu'on ne peut pas comprimer la poitrine d'un homme qui se trouve mal; mais il ne s'agit pas ici d'un véritable syncope: c'est un phénomène tout différent.

M. Amussat soutient qu'il n'est pas nécessaire, pour que l'introduction de l'air dans les veines ait lieu, que les veines soient distendues et adhérentes aux parties voisines. Elles ne sont pas malades chez les animaux, et l'on voit, d'après ce qu'a dit M. Barthélemy, avec quelle facilité on faisait périr des chevaux. Du reste, M. Amussat offre de montrer à qui voudra, cette expérience sur des chiens. Quant à ce qu'on a objecté contre la compression de la poitrine: que l'air ne pouvait sortir des veines, parce que les valvules s'y opposaient. M. Amussat la croit peu fondée: le sang sort bien, pourquoi l'air ne sortirait-il pas?

M. Bouillaud propose de nommer une commission, qui serait chargée de faire des expériences, après quoi la discussion recommencerait. Cette proposition est adoptée.

Séance du 18 juillet. — Introduction de l'air dans les veines. — M. Bouley jeune, qui n'a pas assisté à la dernière séance, demande à rappeler un fait qui lui est particulier, et qui, du reste, est inséré dans le *Journal de Physiologie* de M. Magendie, en 1821. M. Bouley saignait à la jugulaire un cheval atteint d'une pneumonie commençante. L'ouverture était bien faite, et le sang sortit bien. Le vase où était reçu le sang étant trop petit, j'allai, dit M. Bouley, vider ce vase à quelques pas de là. Au moment où je cessai la compression, j'entendis un sifflement comparable au bruit que fait une bouteille pleine qu'on renverse. L'opération terminée, je réunis les lèvres de la plaie avec une épingle, comme cela se pratique en médecine hippiatrique, et je reconduisis l'animal à l'écurie, qui était à 12 ou 15 pas. A peine était-il entré qu'il mugit horriblement, fut pris de convulsions et tomba. Je le crus mort. Je connaissais l'opinion de Bichat sur les funestes effets de l'intro-

duction de l'air dans les veines, et j'avoue que j'avais peu d'espoir de sauver cet animal. Quoi qu'il en soit, à tout évènement, je fis une nouvelle saignée : à mesure que le sang sortait, la respiration revenait. Bref, en cinq ou six minutes, le cheval se releva ; une demi-heure après, il n'y paraissait plus ; seulement il conservait une grande sensibilité avec une forte démangeaison d'un côté. Cela cessa au bout de douze heures environ ; toutefois il mourut dix-huit jours après. La conclusion que j'ai tirée de ce fait, c'est que, toutes les fois qu'on a saigné un animal, il faut porter le doigt sur l'ouverture de la veine avant de cesser la compression.

— Le reste de la séance est rempli par des lectures et des discussions de peu d'intérêt.

BIBLIOGRAPHIE.

Dissertation sur la méningo-céphalite tuberculeuse des enfants. (*Hydrocéphale aiguë*). *Thèse de Paris*, 1836, n° 279, par J. A. Piet.

La description complète et détaillée que M. Piet présente de la méningite aiguë est le résumé de 85 observations dont 24 recueillies à l'hôpital des Enfants pendant deux années d'internat, les autres empruntées aux auteurs qui ont publié les meilleurs travaux sur la matière. Signalant les granulations disséminées dans la pie mère et déjà décrites avec soin par M. Rufz et Ghérard, M. Piet, de son côté, cherche à prouver qu'on ne peut considérer ces granulations ni comme des glandes de Pacchioni ni comme de fausses membranes ; que ce sont de vrais tubercules miliaires ; que la plupart des méningites des enfans (et non toutes, comme le croit à tort M. Rufz) dépendent de cette cause prédisposante ; qu'enfin à cet âge la méningite et l'encéphalite ne sont bien souvent qu'une complication naturelle des phthisies pulmonaire et mésentérique, et de la maladie scrofuleuse, sans prétendre cependant que toute fièvre cérébrale chez les enfans tienne à cette cause unique. Ces granulations miliaires, dit M. Piet, sont aux tubercules cérébraux ce que les granulations miliaires des poumons sont aux tubercules de ces organes. En effet les tubercules du cerveau sont, comme les granulations, presque toujours extérieurs à l'encéphale, et se développent dans la trame vasculaire, entre l'arachnoïde et la pulpe. Les tuber-

cules du cerveau proprement dits ne sont d'ailleurs pas rares comme le pensent quelques auteurs ; sur les 85 cas rassemblés par M. Piet, ils existaient 19 fois. Il n'est pas rare non plus d'en rencontrer chez des enfants morts d'affection non cérébrale. L'auteur en rapporte plusieurs exemples. L'article consacré au diagnostic nous paraît important. En effet, on trouve souvent des symptômes de méningite sans lésion cérébrale ; d'autres fois les lésions cérébrales existent et les symptômes manquent en grande partie. M. Piet, après avoir donné plusieurs observations à l'appui de ces assertions, fait remarquer qu'il faut avoir égard non seulement à la nature et à l'ensemble des symptômes, mais surtout à leur succession et à leur durée. L'apparition des symptômes de la méningite chez un enfant qui souffre d'une affection tuberculeuse des poumons et de l'abdomen, avec céphalalgie, rend le diagnostic presque certain. Nous n'avons pu donner ici qu'un court aperçu d'un travail de cette nature, où l'on trouve plutôt l'appréciation de ce qui a été dit, que des vues nouvelles ; mais l'analyse bien faite d'un grand nombre d'observations et l'exposé des idées de M. Guersent le rendront fort utile à tous ceux qui s'occupent de la pathologie du jeune âge.

Mémoires de Thérapeutique médico-chirurgicale, par G. MONTAIN, *Professeur de matière médicale.* Lyon, 1837, in-8, p. 88, fig.

Dans quelques pages, M. Montain fait connaître le résultat de ses recherches sur un assez grand nombre de points. Nous signalerons ici les plus importants, tout en regrettant que l'auteur n'ait pas donné plus de développement à plusieurs des sujets qu'il a abordés.

Le pneumoderme est un instrument destiné à faire le vide et confectionné ainsi que la plupart de ceux qui sont décrits dans cet opuscule par M. Charrière. A cet instrument peut être adapté une aiguille ou plutôt une lance, au moyen de laquelle on peut à volonté ouvrir un abcès, scarifier, etc. M. Montain rapporte une observation qui rappelle la méthode tant préconisée par M. A. Petit, dans le traitement des abcès.

Une tumeur liquide, du volume d'un œuf de poule, se développa graduellement au niveau de l'angle de la mâchoire chez une dame, pendant le traitement d'une maladie syphilitique. La crainte d'une cicatrice fit rejeter l'ouverture de cette tumeur. M. Montain fit une ponction à son centre avec une aiguille à cataracte. Puis au

moyen du pneumoderme il soutira une partie de la matière contenue dans le kyste. Dans la petite ouverture il passa une corde à boyau très-fine, puis comprima le reste de la tumeur; le lendemain il réitéra l'application du pneumoderme, obtint encore un peu de cette humeur de consistance gommeuse, et au quatrième jour, il n'obtint que de la sérosité sanguinolente. Il employa alors pour tout traitement la compression et des astringents locaux. Au bout de 10 jours, la guérison était complète, sans qu'on pût même retrouver la trace de l'ouverture.

M. Montain réunit *le bec de lièvre* à l'aide d'*agraffes*, qui, saisissant chaque lèvre de la solution de continuité par ses faces postérieures et antérieures, se rapprochent ensuite de manière à mettre et à maintenir ces lèvres en contact. M. Montain reproche à la suture entortillée de déterminer de la suppuration de la difformité. Nous avons trop vu de fois ce moyen réussir, il réussit si bien à la plupart de praticiens, que nous ne pensons pas que les agraffes de M. Montain soient jamais destinées à le remplacer.

C'est un moyen analogue aux agraffes, que l'auteur *propose* sous le nom de *staphyloraphe*, pour pratiquer la staphyloraphie sur des enfants, où il est si souvent impossible de passer des aiguilles et des fils. Ce n'est encore qu'un projet. M. Montain en fera probablement connaître les résultats.

L'instrument qu'il emploie pour la réunion des déchirures de la cloison *recto-vaginale* est encore fondé sur les mêmes principes. Un mémoire a sur ce sujet a été présenté par lui à l'Académie royale de Médecine. Voici la courte analyse qu'il en donne lui-même: «Les deux bordsde la déchirure sont saisis au moyen d'un instrument fermé par deux branches, droite et gauche. Chaque branche est formée par deux tiges anguleuses à leur extrémité; l'une est vaginale et l'autre rectale; cette dernière est arméede petites pointes aiguës qui pénètrent en avant la cloison; la seconde comprime cette même cloison sur ces points. Les deux parties se réunissant parallèlement par le moyen d'un pène, d'une gache et d'un pas de vis, les bords de la déchirure sont mis en contact immédiat, et la réunion se fait en trois ou quatre jours.»

Quant aux *déchirures simples du périnée*, M. Montain se contente d'en raviver les bords à l'aide de caustique, puis les rapproche au moyen d'un bandage pour la description duquel nous renvoyons à son travail. Deux observations remarquables attestent l'heureux résultat de cette pratique.

M. Montain vient ensuite ajouter de nouveaux instruments à

l'arsenal déjà si compliqué de ceux que l'on emploie dans les maladies des voies urinaires. Les esprits aujourd'hui sont assez mal disposés pour l'invention d'instruments nouveaux. Presque toujours, en effet, la complication qu'ils exigent l'emporte sur les avantages qu'ils pourraient offrir dans la pratique. Aussi ne citerons-nous de cette partie du travail de M. Montain que le moyen qu'il emploie pour imprégner une bougie de moyens médicamenteux. Il suspend le médicament dans un mucilage de gomme arabique, en couvre la bougie et la laisse sécher. Lorsqu'elle est dans l'urètre, le mélange se fond peu à peu et produit la médication désirée. On sait que dernièrement M. Jobert a proposé d'employer l'alun dans les rétrécissements; il en imprégnait la bougie préalablement trempée dans de l'huile. J'ai vu essayer et j'ai essayé moi-même ce moyen; mais tout naturellement l'alun restait au méat, et la bougie n'agissait que comme moyen dilatant. Peut-être aura-t-on plus de succès en employant le procédé décrit plus haut.

M. Montain a enfin imaginé d'ajouter aux ciseaux avec lesquels on pratique la section du filet de la langue ou la résection de la luette, une branche qui, s'articulant avec le centre des ciseaux, sert, dans la première opération, à relever la langue; dans la deuxième, à l'abaisser. De cette manière, on a la main gauche libre pour écarter la machoire du malade. Nous citerons enfin, pour la partie médicale des mémoires du professeur de Lyon, des recherches sur l'*extrait de la feuille d'artichaut*, qui agit comme tonique et comme anti-périodique à la dose de 2 à trois grains, et celle sur le sulfure de chaux qui, avec les mêmes propriétés que les autres sulfures, a une odeur beaucoup plus faible et moins diffusible. Voici la formule d'un composé qu'il emploie avec succès pour bains, à la dose d'une demi-once à une once et demie.

R. Sulfure de chaux, ℥ iv : sel marin, ℥ ß ; extrait de saponaire, ʒ j à ij; colle de Flandre, ℥ C. Nous rappellerons à ce sujet que M. Savardan (*J. des Con. méd.* janvier 1836) a préconisé contre toutes les affections dartreuses l'usage d'une pommade composée d'axonge, huit parties; et de sulfure de chaux, une partie; en frictions dans la paume de la main, à la dose d'un gros, matin et soir pendant un quart d'heure.

Recherches et observations sur l'emploi thérapeutique du seigle ergoté, par J. F. Levrat-Perroton, *docteur en médecine, médecin de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, etc.* Lyon, 1837, in-8°, p. 138.

Le seigle ergoté a eu le sort de presque tous les remèdes au moment de leur introduction dans la thérapeutique. Reçu avec défiance par la plupart des accoucheurs, et rejetté dans le principe par quelques-uns d'entreux, il n'a pris rang parmi les médicaments utiles qu'un demi-siècle après avoir été signalé comme une précieuse ressource dans la pratique des accouchements. Si aujourd'hui ses propriétés sont encore contestées, si les services qu'il a rendus sont mis en doute, ce n'est que le résultat d'une opinion préconçue; car on a peine à croire que ce médicament ait été constamment infidèle entre les mains de quelques accoucheurs, alors qu'il montrait ailleurs toute son énergie, en triomphant presque toujours des accidents contre lesquels il était dirigé. L'expérience a fait justice de cette résistance, elle s'est assez prononcée pour compromettre l'autorité des hommes célèbres qui soutenaient, de nos jours, cette ancienne opinion.

M. Levrat, en publiant des observations sur l'emploi thérapeutique du seigle, n'a pas eu l'intention de r'ouvrir la discussion; car il pense avec raison que la question est résolue sans retour; il a voulu seulement; en apportant des faits, donner les moyens de juger les dissidences qui se sont élevées entre les praticiens, sur l'étendue des indications que le seigle peut remplir, sur les accidents qui naissent de son usage; sur les préparations de ce médicament et sur les doses auxquelles on doit le donner. Le témoignage de ce médecin est d'un poids d'autant plus grand, que c'est après plus de vingt années de pratique dans les accouchements, qu'il a observé les faits qu'il produit, et qu'il a expérimenté ce médicament dans presque tous les cas indiqués par les auteurs.

M. Levrat, dans la première section de son ouvrage, rapporte vingt-cinq observations sur l'emploi du seigle ergoté, contre l'inertie de la matrice dans le travail de l'enfantement. Dans les cinq dernières, l'application du forceps est devenue nécessaire pour terminer l'accouchement. L'expulsion n'avait pu avoir lieu malgré l'énergie des contractions que le seigle ergoté avait réveillée. Des vingt-trois observations qui terminent cette première section, il en est deux où le sel a été employé contre les convulsions; quatre où son usage a prévenu les coliques puerpérales; trois, où le placenta retenu dans la matrice a été expulsé sous l'influence de ce médicament; et quatorze où le seigle a été administré avec succès contre la métrorrhagie, avant, pendant et après l'accouchement.

Toutes ces observations ont été recueillies dans l'espace de quatre ans, et dans la seule pratique de M. Levrat. Peut-être serait-on en

droit de se demander devant ce nombre d'observations, relevées dans un temps si court, si l'accoucheur a toujours appliqué le remède à propos; et s'il y a toujours eu inertie dans les cas où cet agent a été mis en usage. Ce reproche serait fondé, car il est divers faits rapportés où la nature aurait suffi pour terminer l'accouchement. Cette médication intempestive n'a eu aucun résultat fâcheux, et si elle en avait eu, ces réflexions ne se trouveraient pas ici. Le malheur porte avec lui son enseignement. Les observations ne sont pas également toutes bien complètes, et souvent on ne se rend pas compte de la conduite de l'homme de l'art, avant l'emploi du seigle ergoté. Ainsi on rencontre, dès les premières pages de la brochure, l'observation d'un accouchement dont la terminaison était empêchée par une obliquité très-prononcée de la matrice. Le ventre formait, dit l'auteur, une besace qui descendait à micuisse. Il nous apprend bien que l'application du forceps a été faite sans succès, et que la version a été pratiquée sans plus de résultat, mais il ne nous est pas dit si on a fait auparavant des tentatives pour corriger la position de l'utérus et rétablir les conditions de l'accouchement.

Dans les cinq dernières observations, où l'application du forceps a eu lieu après l'administration du seigle ergoté, le silence de l'auteur ne nous permet pas le plus souvent d'entrevoir les obstacles qui ont nécessité ce dernier moyen. M. Levrat a presque toujours négligé de désigner la position de la tête et ses rapports avec la cavité pelvienne, parce que, nous apprend-il, *il partage l'opinion de quelques célèbres accoucheurs, qui comparant la tête à une boule, pensent que cette boule franchit toujours la filière du bassin, quelle que soit la face qu'elle présente, pourvu que ce dernier soit bien conformé*. Pour nous dont l'opinion n'est pas la même, nous regrettons que les détails manquent sur cet objet; car nous aurions peut-être trouvé ici, comme cause de l'accouchement difficile, une position vicieuse de la tête dans l'excavation ou au détroit périnéal, position que la seule application du forceps a fait changer.

Il me reste à faire des remarques à l'occasion des deux observations où le seigle ergoté a été employé contre les convulsions. M. Velpeau, dans son ouvrage sur les accouchements, en traitant de l'éclampsie développée pendant le travail, ne me paraît point admettre de cas où il soit possible d'employer le seigle ergoté. Cependant les faits publiés doivent nous porter à préférer cette médication à la version du fœtus, lorsque la tête se présente bien et que l'orifice utérin est suffisamment élargi. La tête, arrivée dans l'excavation

à la suite des contractions provoquées, peut être saisie et extraite par le forceps, s'il survient quelque retard dans l'expulsion. Les dangers qu'on peut prévoir dans ces circonstances n'égaleront jamais le péril qui, dans la version, menace la mère et l'enfant. M. Levrat n'a pas toujours attendu, comme le conseillent plusieurs auteurs, que le col soit complètement dilaté pour se servir du seigle ergoté contre cette redoutable complication. Les deux observations qu'il donne et une troisième qu'il a ajoutée, doivent nous faire partager la confiance qu'il a eue en ce médicament, et nous porter à adopter la même conduite.

La seconde section comprend douze observations où le seigle ergoté a été employé avec succès contre la ménorrhagie et les aberrations du flux menstruel, et sept observations d'hémorrhagies communes aux deux sexes (hémoptysie, épistaxis, hématurie, hématémèse). Cette section, sans présenter le même intérêt que la section précédente, aura toujours pour le médecin toute l'importance qu'on attache ordinairement à une réunion de faits variés.

M. Levrat a employé le seigle ergoté sous diverses formes ; mais il est maintenant persuadé que c'est en poudre qu'il agit le mieux. Il convient de ne le réduire en poudre impalpable qu'au moment de s'en servir. Cet accoucheur propose pour véhicule le bouillon de viande comme préférable à tout autre liquide. Quatre ou cinq cuillerées suffisent pour administrer chaque prise. Plus étendu le remède agit moins bien. Cependant, lorsque l'estomac est malade, il fait infuser un gros de cette substance dans quatre onces d'eau. L'infusion est édulcorée par une once de sirop de sucre, et est prise par cuillerée à bouche toutes les dix minutes. Il donne presque toujours, dans les cas d'inertie de matrice, 25 ou 30 grains de seigle en une dose. Il laisse ordinairement écouler une demi-heure avant d'administrer une deuxième prise. Rarement il a donné plus d'un gros et demi. Jamais, entre ses mains, cette médication n'a eu de résultat fâcheux. Le seul fait qu'il rapporte d'ergotisme est celui d'une femme à qui l'accoucheuse avait fait prendre plusieurs gros de seigle ergoté pour hâter l'accouchement.

L'analyse que je viens de présenter résume à-peu-près toutes les idées renfermées dans ce mémoire. A l'exemple des bons écrivains, M. Levrat n'a rien avancé sans le placer sous l'autorité des faits. Son ouvrage est un recueil d'observations, qui sera toujours consulté avec fruit. En le publiant, l'auteur n'a pas seulement honoré la mémoire de Desgranges, son ami, mais il a encore digne-

ment attaché son nom à l'histoire d'une découverte que le patriarche de la chirurgie lyonnaise a eu tant de peine à faire accepter de ses contemporains. P. GUILLEMOT.

Manuel de Médecine opératoire, fondée sur l'anatomie normale et pathologique, par J. F. MALGAIGNE, 2e édition, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1837. In-18, p. 775.

Quand un livre vient combler une lacune réelle, on peut lui prédire du succès ; mais quand, à cette condition, vient se joindre le mérite de l'exécution, ce livre a en lui toutes les qualités nécessaires pour devenir classique. Celui de M. Malgaigne, sans remplacer les ouvrages plus étendus, sert aujourd'hui de guide à tous ceux qui désirent des préceptes clairs et précis pour s'exercer à la pratique des opérations. Aussi ne sommes-nous pas étonnés de voir la 2e édition de cet ouvrage suivre de si près celle dont nous avons déjà rendu un compte détaillé dans les *Archives*. Néanmoins le science marche si vite aujourd'hui, que l'auteur, sans altérer en rien le plan de son livre, a dû y faire des changements et des additions assez nombreuses. Nous y avons rencontré avec plaisir la procédé de M. A. Bérard pour la staphyloraphie ; l'exposé des méthodes récentes pour la cure radicale des hernies, du prolapsus utérin, des fistules vésicova-ginales; les procédés de M. Velpeau pour les anus contre nature, de M. Amussat, pour les imperforations du vagin et du rectum, etc., etc.. Quelques erreurs ont été rectifiées; en somme, cette deuxième édition, sans être tout-à-fait exempte des défauts qui déparaient la première, est supérieure à celle-ci, et nous pensons qu'elle aura le même succès.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

Aout 1837.

Recherches sur la Grippe et sur les Pneumonies observées pendant le règne de cette épidémie; par M. Nonat. (IIIe et dernier article. (1)

§ II. *Pneumonie sous forme adynamique, sans fausse membrane dans les bronches.*

Obs. XIIe. — *Pneumonie, suite de grippe, avec forme adynamique ou maligne. Hépatisation de la base du poumon droit. Absence de fausses membranes dans les bronches.* — Juliard, couturière, âgée de 35 ans, d'un embonpoint remarquable, bien réglée, fut admise à l'Hôtel-Dieu le 3 février 1837. Elle avait la grippe depuis trois jours, sans cesser de vaquer à ses travaux, lorsqu'elle fut prise de frisson et d'une douleur dans le côté droit. Elle resta deux jours sans recevoir aucun traitement.

Le 4 au matin. La face était altérée, violacée; les yeux injectés, abattus; la langue humide, couverte d'un enduit blanc jaunâtre; la soif prononcée, le ventre indolent, très-volumineux, à cause de l'obésité; selles peu abondantes, mais liquides; quelques nausées; sentiment de barre au niveau du diaphragme, toux par quintes, spasmodique; douleur au-dessous du sein droit, peu intense, crachats opaques, d'un gris sale, diffluents et répandus en nappe sur le fond du vase, semblable à un mélange de pus, de mucosité et de sang.

La respiration était fréquente, 55 à 60 par minute, haute, ster-

(1) Voir les Nos de mai et de juin.

nale ; menace de suffocation; à droite et en bas, souffle tubaire mêlé de râle muqueux à grosses et à petites bulles avec craquements, sans râle sous-crépitant ; bronchophonie , matité complète. En haut, à droite et dans tout le côté gauche, respiration presque normale. Le pouls marquait 130 à 135, peu développé, facilement dépressible; les extrémités plutôt froides que chaudes; la peau moite, peu élastique; les chairs molles; la prostration musculaire générale. (Saignée de 10 onces ; eau de Sedlitz, une bouteille; large vésicatoire sur le côté droit; sinapismes aux extrémités; violette sucrée.)

Le soir, aucun soulagement. Le lendemain, moins bien que la veille. Respiration très-difficile, analogue à celle qui caractérise le catarrhe suffoquant ; face plus profondément abattue ; teinte violacée de la face et des extrémités ; pouls très-faible , reste idem. L'eau de Sedlitz a procuré plusieurs évacuations alvines. (Quatre ventouses sur le côté droit ; kermès, trois grains; vésicatoire sur le sternnm.)

Le 6 février, agonie; mort dans la journée, à deux heures du soir.

Nécropsie. La membrane muqueuse de la trachée et des bronches était d'un rouge vif, scarlatineux; les follicules muqueux étaient saillants; les bronches contenaient un liquide opaque, puriforme, analogue anx crachats rendus pendant la vie. Hépatisation des lobes moyen et inférieur du ponmon droit, au deuxième degré avec qnelqnes points au troisième degré. Le lobe supérieur du ponmon droit, le poumon gauche étaient restés perméables à l'air. Engouement sanguin en arrière; emphysème en avant. Exsudation blanchâtre, molle, pseudo-membraneuse, sur les feuillets de la plèvre du côté droit.

Cœur d'un volume normal; ses cavités renfermaient des caillots sanguins noirâtres, d'une consistance moindre que de coutume; les gros vaisseaux contenaient un fluide analogue. Rien de particulier dans d'autres organes.

Nous avons placé l'histoire de cette malade à côté des pneumonies malignes, quoique nous n'ayons point rencontré de fausses membranes dans les bronches ; mais si l'on réfléchit à l'ensemble des symptômes, si l'on se rappelle la marche insidieuse de la pneumonie, si l'on tient compte de la gravité des désordres fonctionnels et du peu d'étendue de l'engorgement

du poumon droit, qui n'occupait que les lobes moyen et inférieur, il sera difficile de ne voir dans ce cas autre chose qu'une pneumonie. Dira-t-on que la bronchite générale nous rend raison de cette différence ? Mais c'est reculer la question ; car la bronchite ne suffit pas pour nous expliquer l'état général qu'on observe chez les grippés. C'est dans le but d'indiquer la gravité des symptômes généraux, eu égard aux altérations locales, que nous avons rangé cette affection parmi les pneumonies malignes. Nous ne dirons rien du traitement, parce que la malade était dans une position désespérée lorsque nous avons commencé le traitement : aucune médication n'aurait probablement réussi.

Obs.[e] XIII[e] — Une femme âgée de 33 ans, douée d'une assez bonne constitution, fut admise à l'Hôtel-Dieu le 3 février. Elle avait la grippe depuis huit jours, et une douleur dans le côté droit depuis trois jours seulement. Elle n'avait subi aucun traitement. Nous la trouvâmes dans le même état que la malade dont l'histoire précède. Face altérée, œil abattu, respiration difficile, haute, sternale; toux par quintes, spasmodique; crachats à peine rouillés, quelques-uns sont puriformes; matité vers la base du poumon droit; souffle tubaire, râle muqueux à grosses bulles, avec craquement; point de râle sous-crépitant; pouls (125), peu élevé, dépressible. (Saignée de douze onces; eau de Sedlitz, une bouteille; sinapismes.) Le sang se couvre d'une couenne épaisse de deux lignes; il est peu consistant.

Le 5, même état que la veille. (Large vésicatoire sur le côté droit; loock avec kermès, 6 grains; sinapismes.)

Le 6, beaucoup plus mal. Teinte violacée de la face et des extrémités; pouls (145), petit, mou, dépressible; respiration de 50 à 55, haute, anxieuse; râle trachéal, crachats opaques, puriformes, étalés au fond du vase. De plus en plus mal; mort à midi.

A l'ouverture du cadavre, nous avons trouvé les mêmes altérations que dans le cas qui précède. La membrane muqueuse trachéale et bronchique avait une rougeur très-foncée, scarlatineuse. Un liquide puriforme, grisâtre, opaque, remplissait les bronches, mais plus spécialement celles des lobes moyen et inférieur du poumon droit, hépatisés aux deuxième et troisième degrés. Ici l'hépatisation rouge était également prédominante.

Nous ne répéterons pas les réflexions que nous avons faites au sujet de l'obsertivaon 12e, car elles sont entièrement appliquables à celle-ci.

Obs. XIVe. *Pneumonie à gauche et à la base. Hémorrhagie intestinale. Mort.* —Lanoue, âgée de 67 ans, marchande des rues, entra le 6 février à l'Hôtel-Dieu. Elle avait un catarrhe pulmonaire depuis long-temps. Vers la fin de décembre dernier, elle fit une chute sur le côté gauche. Au bout de huit jours, elle rendit par l'anus une matière noire, sanguinolente, pendant huit jours. Depuis trois semaines, Lanoue se sentait indisposée, lorsque, le 4 février, elle fut prise d'une douleur dans le côté gauche de la poitrine avec recrudescence du mouvement fébrile. Une saignée lui fut pratiquée chez elle. Le 7, face abattue, teinte légèrement violacée des lèvres, réponses précises; parole entrecoupée; respiration (45 à 50); souffle tubaire à gauche en arrière, râle sous-crépitant à droite; râle muqueux. Matité non complète à gauche; crachats à peine rouillés, visqueux; le pouls (130), petit, dépressible. Une saignée de huit onces est prescrite; Julep avec kermès; vésicatoire au côté gauche; mauve sucrée; sinapismes.

Le 8. La malade n'a point voulu se laisser saigner. Même état. On continue le kermès. Le 9, un peu mieux. La respiration est moins accélérée; le souffle bronchique esf moins intense, le râle sous-crépitant plus prononcé. Les 10 et 11, état stationnaire. Tout-à-coup, dans la nuit du 11 au 12, sans cause appréciable, la malade tombe dans un état fort grave. Le 12, à la visite du matin, respiration bruyante, stertoreuse, agonie. Mort ce même jour, à trois heures.

Nécropsie. Poumon gauche gorgé de sang, comme splénisé, mais non ramolli. A droite, engouement moins considérable; la muqueuse des bronches, ainsi que celle de la trachée et du larynx, est d'un rouge très-foncé, sans avoir perdu de sa consistance. En ouvrant l'abdomen, les intestins se présentent avec une couleur rouge brun. L'intestin ouvert, on trouve dans sa cavité, à partir de trois à quatre pieds au-dessous du duodénum, une grande quantité de sang qui remplit également l'iléum, le cœcum et la partie ascendante du colon; mais il est mêlangé dans cette dernière partie avec des excréments : plus loin, le gros intestin ne renferme aucune trace de matières sanguinolentes.

La membrane muqueuse intestinale est d'un rouge foncé, arborisé ou par plaques noirâtres formant de véritables ecchymoses, surtout à la partie inférieure de l'iléon et dans le cœcum. Les

veines sous-muqueuses sont gorgées de sang. Le reste du canal alimentaire est à l'état sain.

La rate est ramollie et présente plusieurs foyers apoplectiformes.

Le foie est lui-même d'une teinte rouge lie de vin ; son tissu paraît comme imbibé de la matière colorante du sang.

Le cœur renferme du sang fluide, mêlé de quelques caillots noirâtres de peu de consistance.

Si l'on a suivi la marche des accidents, on comprendra jusqu'à un certain point la succession des symptômes à l'aide des altérations anatomiques. En effet, pendant les premiers jours, nous observâmes les mêmes phénomènes que dans les pneumonies suite de grippe, avec un état d'adynamie non équivoque. Tout-à-coup la scène change, il survient une aggravation telle de la maladie, que, dans l'espace de quelques heures, nous l'avons vue passer à un état complètement désespéré. Il est probable que ce changement subit a été le résultat de l'hémorrhagie intestinale ; car ni l'altération des bronches, ni celle du poumon gauche, ne peuvent nous l'expliquer. Ce fait nous prouve que les malades placés dans de pareilles conditions ne supportent pas facilement une perte un peu abondante de sang. Combien de fois, en effet, ne voit-on pas survenir des hémorrhagies beaucoup plus copieuses sans amener les accidents que nous avons observés chez cette malade ! Il nous paraît évident que l'hémorrhagie intestinale n'avait aucune liaison avec la chute que fit la malade cinq semaines avant son entrée. Une secousse, assez forte pour provoquer une exhalation sanguine à la surface des intestins, aurait dû déterminer d'autres désordres abdominaux. Suivant toutes les probabilités, l'hémorrhagie s'est opérée d'une manière spontanée et sans cause connue. Toutefois nous sommes disposés à croire que l'état fluide du sang n'a pas été complètement étranger à la production de ce phénomène. Une autre lésion, non moins curieuse, nous semble dépendre de la même cause, c'est la présence de foyers apoplectiformes dans le parenchyme de la rate. Le plus souvent, en effet, la rate était d'un petit

volume, et peu gorgée de sang. Dans ce cas, la pneumonie n'a joué qu'un rôle secondaire ; elle n'eût point amené la mort sans le concours d'un autre élément morbide dont l'existence nous est révélée, et par la diminution rapide des forces et par la faiblesse du pouls et par l'altération du sang, etc., etc. Ces phénomènes étaient une contr'indication des émissions sanguines ; c'est pour cela que nous nous en sommes abstenus. Nous aurions dû remplir une autre indication ; nous aurions dû attaquer la maladie par l'emploi combiné de la saignée et des stimulants ; mais à l'époque où j'observai cette malade, je n'avais pas encore osé faire une application de cette méthode au traitement des pneumonies adynamiques.

Obs. XVe. — *Pneumonie à droite, suite de grippe.* — Roucherin, âgée de 38 ans, charbonnière, d'une constitution assez forte, mais affaiblie par des excès de travail et par la misère, entra à l'hôpital le 1er février 1837. Elle eut une atteinte de grippe, qui ne tarda pas à se compliquer d'une douleur dans le côté gauche, avec recrudescence de la fièvre et de tous les accidents. Deux saignées furent opposées à cette nouvelle maladie ; en outre vingt sangsues furent appliquées sur le point douloureux, sans que la malade en ait obtenu le plus léger soulagement. Trois jours après l'invasion de la douleur de côté, elle se décida à venir à l'hôpital. Nous n'avons pu savoir dans quel état se trouvait le sang de chaque saignée.

Quatrième jour, 2 février. — La face était amaigrie, abattue, les pommettes d'une teinte un peu violacée ; les lèvres bleuâtres ; la langue humide, couverte d'un enduit blanchâtre peu épais ; pellicules blanchâtres, pseudo-membraneuses, disséminées sur la langue et sur la face interne des joues. Rien de semblable sur le voile du palais. Soif intense ; point d'appétit ni d'envie de vomir ; ventre indolent, quelques selles en dévoiement. La respiration était fréquente, haute, costale, (il semble que la malade manque d'air) (c'est la respiration des animaux qui ont subi la section des nerfs pneumo-gastriques) ; elle n'était pas fréquente, entrecoupée, comme dans les pneumonies ordinaires avec douleur vive de côté. La toux revenait par quintes fréquentes, pénibles ; les crachats étaient peu abondants, blanchâtres, muqueux, mêlés de quelques bulles d'air ; côté droit douloureux au niveau du sein ; matité

complète dans les trois quarts inférieurs du poumon droit; souffle bronchique très-intense, très-sec; absence de râle sous-crépitant. L'air ne pénétrait plus le parenchyme pulmonaire; broncho-phonie évidente. Du côté gauche, expansion pulmonaire puérile; pouls très-accéléré (130), régulier, peu développé, dépressible; la est peau d'une chaleur modérée aux extrémités. Au niveau du poumon droit, chaleur plus élevée qu'à gauche. (Large vésicatoire sur le côté droit; loock avec kermès gr. iij; julep avec morphine; violette sucrée; cataplasmes sinapisés aux extrémités.)

Le soir, recrudescence de la fièvre et de la dyspnée; menace de suffocation; sinapismes aux extrémités, suivis d'une légère diminution des accidents.

Le 3 février. La nuit a été mauvaise. Même état qu'hier, même prescription.

Le 4. Malgré la révulsion exercée par le vésicatoire, nous n'observons aucun changement dans l'état de la malade : toujours de la matité, du souffle bronchique, de la dyspnée; toujours ce besoin d'air qui fait mal à voir. N'apercevant aucune amélioration sous l'influence des révulsifs, ne croyant pas que la malade supporterait de nouvelles émissions sanguines, nous avons pensé qu'il fallait essayer de soutenir l'organisme à l'aide de quelque stimulant. Nous avons prescrit quatre onces de vin de Malaga, et du bouillon coupé.

Le 5. Moins mal; la face était moins abattue; la respiration un peu moins difficile; le pouls moins dépressible; mais rien de nouveau du côté de la poitrine. Les crachats étaient blancs, muqueux, aérés. (Les stimulants furent continués à la même dose.)

Les 6 et 7. Même état qu'hier, même traitement.

Le 8. Moins bien que les jours précédents : la respiration était fréquente, (50 par minute) haute, costale; menace de suffocation; le pouls accéléré (135). Aucun signe de résolution du poumon; la langue se couvre de pellicules blanches, pseudo-membraneuses; la plaie du vésicatoire donne peu de suppuration, elle se couvre d'une fausse membrane. (Même prescription.)

Le soir, recrudescence de la fièvre et de la dyspnée; sinapismes aux extrémités.

Le 9. Même état qu'hier; menace de suffocation; lèvres bleuâtres; les crachats étaient blancs, muqueux.

Le soir, de plus en plus mal. Mort le 10, à six heures du matin.

L'ouverture du cadavre n'a pas été faite.

Je regrette vivement que cette ouverture n'ait pas eu lieu, attendu que, d'après l'ensemble des symptômes, nous aurions peut-être trouvé un nouvel exemple de cylindres pseudo-membraneux dans les bronches des lobes hépatisés. La formation de fausses membranes sur la langue dès le troisième jour de la pneumonie, nous révèle la tendance remarquable de l'organisme à produire cette secrétion morbide.

Ce qui nous porte à soupçonner que les bronches contenaient des fausses membranes, c'est l'invasion rapide des phénomènes d'adynamie, de prostration ; c'est le caractère particulier des mouvements respiratoires que nous avons retrouvés sur tous les sujets dont les bronches étaient obstruées par des cylindres pseudo-membraneux.

Les crachats ont été, dans ce cas, tels que nous les avons observés, blancs, muqueux, comme dans un simple catarrhe bronchique : ils n'avaient point le caractère des crachats de la pneumonie ordinaire ; ils n'auraient pu nous mettre sur la voie d'en soupçonner l'existence. L'auscultation et la percussion furent ici, comme dans tous les cas de ce genre, d'un grand secours.

Nous ne pensons pas qu'on nous accuse d'avoir négligé la méthode antiphlogistique, à l'époque où nous avons observé la malade. En effet, comme on se le rappelle, la pneumonie avait été déjà combattue par deux saignées générales et une application de sangsues. Aucun avantage n'était résulté de ces moyens ; d'ailleurs nous avions affaire à un sujet épuisé par des causes antécédentes. Le système sanguin appauvri, et le développement de fausses membranes sur la langue étaient bien suffisants pour éloigner toute idée de recourir de nouveau aux émissions sanguines, quand même l'ensemble de l'organisme ne nous eût point éclairés sur la conduite que nous avions à tenir. Les révulsifs se présentèrent à nous comme devant remplir l'indication la plus urgente ; un large vésicatoire fut donc appliqué sur le côté malade, et des sinapismes furent promenés sur les membres. Aucun soulagement ne nous

parut succéder à l'emploi de ces moyens. C'est alors que, frappés de l'état de faiblesse de la malade, nous songeâmes à relever l'organisme menaçant ruine de toutes parts. Nous donnâmes le vin de Malaga comme dernière ressource de l'art. Ce stimulant produisit un effet bien capable de nous encourager à le continuer. Nous vîmes, dès l'instant de son usage, les forces se ranimer un peu; et nous pûmes concevoir pendant deux ou trois jours quelque espérance de guérison. Mais l'engorgement du poumon ne put être vaincu, et bientôt nous vîmes s'évanouir toute lueur d'espérance.

Bien que nous ayons échoué, bien que la mort ait succédé à l'emploi des stimulants, nous n'avons pas moins déduit de ce fait la conséquence importante que, dans un autre cas analogue, la même médication pourrait procurer de bons résultats, si elle était employée d'une manière plus prompte. En effet, il nous a semblé que la vie a été prolongée de quelques jours par l'usage tardif du vin de Malaga.

Toutefois l'expérience seule était appelée à juger cette question thérapeutique.

IIIe *Série de faits.* —*Pneumonie suite de grippe, avec forme adynamique et ataxo-adynamique, traitée avec succès par les stimulants seuls ou combinés avec les émissions sanguines.*

Obs. XVIe. — *Pneumonie double, suite de grippe, traitée par la saignée, l'émétique à haute dose, les révulsifs et le vin de Malaga. Guérison.* — Mazillier (Victoire), lingère, âgée de 33 ans, douée d'une bonne constitution, bien réglée, ayant eu plusieurs enfants, fut prise de la grippe avec toux violente, fièvre intense, soif vive, douleurs générales, etc. Elle avait une diarrhée abondante depuis deux jours, et une douleur dans le côté droit depuis trois jours.

Le 12 au matin, face colorée, un peu violacée, œil abattu, larmoyant, couvert de châssie; ailes du nez très-mobiles, langue couverte d'un enduit blanc jaunâtre, épais, soupirs à chaque inspiration. Bouche pâteuse, amère, point d'envie de vomir, plusieurs selles liquides, bilieuses. Respiration laborieuse, exé-

cutée par tous les muscles du col (58 à 60 inspirations par minute), menace de suffocation, toux peu fréquente, crachats peu abondants, rendus avec peine; ils étaient blancs, visqueux. Matité dans toute la partie postérieure, souffle bronchique et bronchophonie de chaque côté. Le pouls est à 145 ou 150, très-peu développé; la peau d'une chaleur modérée, les extrémités injectées, violacées. La malade se plaignait d'une anxiété extrême. (saignée de xjj onces, vésicatoire sur le côté droit; mauve sucrée, jul. gom.) La saignée n'apporte aucun soulagement aux souffrances de la malade.

Le 13, le sang présente un caillot consistant, couvert d'une couenne formée par une multitude de petites granulations grisâtres que M. Piorry attribue à tort suivant nous à la présence du pus dans le sang. D'ailleurs même état de la malade qu'hier. Malgré la diarrhée, voyant les accidents persister, je prescrivis une potion stibiée avec gr. viij d'émétique dans six onces de véhicule et une demi-once de sirop diacode; sinapismes aux extrémités.

Le 14. La potion a été prise toute entière, elle a procuré de nombreuses évacuations alvines, sans vomissement. Mais nous n'observons aucune amélioration dans les symptômes. La face est anxieuse, l'œil inquiet et agité; mêmes signes fournis par l'auscultation et la percussion; crachats visqueux, blanchâtres; la respiration toujours difficile, haletante, le pouls conserve la même fréquence; les forces sont tellement abattues, que la malade ne peut se tenir assise. (Mauve sucrée, jul. gom, vin de Malaga ℥ iv. par cuillerée à bouche, sinapismes, bouillon coupé.)

Le 15, face colorée à gauche, amaigrie depuis deux jours : les yeux sont enfoncés, cernés, le regard incertain; les ailes du nez s'agitent à chaque inspiration, indifférence pour tout ce qui l'entoure, aspect typhoïde des plus marqués. Du côté de la poitrine on entend un mélange de souffle bronchique, de râle sous-crépitant et muqueux de chaque côté. En avant et en haut la respiration est puérile. Les battements du cœur offrent des intermittences, le pouls varie de 135 à 140. (Même prescription, on continue le vin de Malaga ℥ jv. 2 bouillons.)

Le 16, amélioration non équivoque. La malade est moins faible, moins agitée que la veille, elle peut rester assise, la parole est incertaine, mais la physionomie moins abattue; respiration moins pénible, pouls moins fréquent et moins dépressible; la diarrhée a cessé. La malade demande à manger.

A dater de cette époque, le mieux s'est accru d'une manière progressive; nous avons fait sécher le vésicatoire, nous avons conti-

nué le vin de Malaga jusqu'au 19 février à la dose de quatre onces ; nous l'avons suspendu le 22. La quantité des aliments a été augmentée peu à peu. La malade a cependant conservé pendant plusieurs jours un aspect typhoïde tout-à-fait particulier ; le souffle bronchique a diminué progressivement, mais il a persisté jusqu'au 26 février, quoiqu'à un faible degré. La malade était en voie de guérison, elle avait la demi-portion, lorsqu'elle voulut sortir de l'hôpital. Le même jour, à la suite d'une promenade, elle fut prise d'un frisson et d'une douleur dans le côté droit. Le lendemain la malade avait un peu de fièvre et une douleur dans le côté droit ; il y avait du souffle tubaire et de l'égophonie. Malgré cette rechute, la malade voulut sortir. J'ignore ce qu'elle est devenue depuis cette époque.

D'aprés l'histoire qu'on vient de lire, je ne pense pas qu'on révoque en doute l'influence du vin de Malaga sur les changemens favorables imprimés à la marche de la pneumonie. On se rappelle dans quelles conditions fâcheuses la malade était placée, lorsque ce stimulant lui fut administré. L'anxiété de la respiration, la fréquence du pouls, sa mollesse, l'altération profonde de la face indiquent assez combien cette affection était grave. La saignée n'aurait pu être répétée davantage sans inconvénients ; en outre les effets produits par l'émétique à haute dose n'étaient point capables de nous encourager à insister sur cette médication. Aussi quand on analyse l'ensemble des symptômes, on ne peut méconnaître que, dans ce cas, il était urgent de recourir à une méthode de traitement différente de celle qu'on a coutume d'opposer à la pneumonie. Les stimulants nous parurent devoir le mieux remplir les indications : l'issue de la maladie semble nous prouver qu'ils ont contribué à en modifier heureusement la marche. On peut sans doute nous objecter qu'ayant fait usage de plusieurs moyens différents les uns des autres, il nous serait difficile de déterminer les effets de chacun d'eux. Mais si l'on remarque que la diminution des accidents date seulement de l'époque où le vin de Malaga fut employé, on nous accordera que ce moyen n'a pas été sans influence sur la guérison. Au reste, nous allons voir la même

influence exercée sur la pneumonie par le même moyen dans les observations suivantes :

Obs. XVIIe *Pneumonie à droite et en bas, suite de grippe. Accouchement le lendemain de l'entrée de la malade. Guérison à l'aide de deux saignées, du vin de Malaga et d'un vésicatoire sur le côté affecté.* — Sauvage (Rosine), domestique, âgée de 27 ans, était enceinte et à terme, lorsqu'elle fut prise des symptômes de la grippe. Au bout de quatre jours, elle ressentit un point de côté, avec difficulté de respirer, et recrudescence marquée du mouvement fébrile. Ses moyens ne lui permettant pas de se faire traiter chez elle, cette femme entra à l'hôpital le 9 février 1837. Avant son admission, elle n'avait subi aucun traitement.

Le 10, la face était colorée, un peu violacée au niveau des pommettes et aux lèvres. Expression d'abattement sur la physionomie; les yeux étaient injectés, larmoyants, mais peu animés; l'intelligence est conservée. Langue blanchâtre, humide, constipation, soif assez vive. Douleur à droite, au-dessous du sein; matité, souffle tubaire, bronchophonie, quelques bulles de râle sous-crépitant (tiers inférieur du côté droit), respiration difficile (38 par minute), haute, sternale; le pouls était accéléré (120), peu développé, facilement dépressible; la peau était d'une chaleur modérée; les crachats visqueux, quelques-uns à peine rouillés. (Saignée de huit onces. Mauve sucrée, jul. g. looch, diète.)

La malade accoucha, dans la journée, d'un enfant bien constitué, le travail fut naturel.

Le lendemain, elle est moins bien que la veille; face plus altérée, abattue, respiration à 46, menace d'asphyxie; matité complète du côté droit, souffle tubaire, absence de râle crépitant; pouls difficile à compter, petit, dépressible. (Saignée de 8 onces, vin de Malaga 4 onces, vésicatoire sur le côté malade).

Le 3e jour, le sang est couenneux, le caillot séparé du sérum est d'une consistance moindre que de coutume. Les lochies coulent assez bien; à-peu-près même état que la veille.

Le 4e jour, moins mal : la respiration, moins pénible, est descendue à 40; le pouls marque 125 ; d'ailleurs mêmes signes. On insiste sur le vin de Malaga pendant huit jours, et peu à peu la pneumonie a marché vers la résolution; la malade est sortie guérie le 2 mars.

La matité avait complètement disparu, l'expansion pulmonaire était à-peu-près aussi pure que dans l'état normal.

Nous n'avons point aperçu de fausses membranes dans les produits de l'expectoration.

Nous avons remarqué chez cette malade une coïncidence non équivoque de l'aggravation des symptômes avec l'accouchement. Ce fait ne doit pas nous étonner, car il s'observe dans toutes les maladies qui ont un caractère de malignité. Ainsi, quand l'accouchement survient à une certaine époque de la variole, de la rougeole, de la scarlatine, etc., il est presque toujours suivi d'une augmentation des accidents, souvent il amène une terminaison prompte et funeste de la maladie. Nous avons vu dans l'une des observations précédentes (obs. 2e) les conséquences fâcheuses de l'accouchement chez une malade atteinte de pneumonie adynamique. Nous avons craint le même accident chez celle dont nous venons de tracer l'histoire. On se rappelle dans quel état fâcheux elle s'est trouvée immédiatement après l'accouchement. Ici nous n'aurions pu insister sur les émissions sanguines ; cette méthode était contr'indiquée par l'état général. Le vin de Malaga nous semble avoir contribué à relever les forces de la malade et à produire la résolution de la pneumonie.

Obs. XVIIIe. — *Pneumonie gauche au sommet. Phénomènes ataxo-adynamiques. Emploi du vin de Malaga, vésicatoire sur le côté affecté. guérison.* — Sylvain Marie, marchande, âgée de 56 ans, douée d'une assez bonne constitution, d'un embonpoint ordinaire, entra à l'Hôtel-Dieu, le 12 février 1837; elle avait la grippe depuis environ six jours et une douleur dans le côté droit depuis deux jours, avec mouvement de fièvre, toux par quintes, crachats visqueux non sanglants; agitation pendant la nuit, délire de temps en temps. La malade n'avait subi aucun traitement; nous l'avons trouvée dans l'état suivant : face abattue, poumettes légèrement injectées; les réponses sont incohérentes; la malade consent avec peine à se laisser examiner, elle dit qu'elle n'a besoin de rien et qu'on la laisse tranquille; sa respiration est fréquente, 40 par minute, haute, sternale; matité complète dans les deux tiers supérieurs du côté droit, souffle tubaire très intense, absence de râle crépitant, quelques bulles de râle muqueux, résonnance très-forte de la voix; crachats muqueux, visqueux, de couleur sucre

d'orge; le pouls était fréquent, (130), peu développé, non résistant; la peau d'une chaleur modérée; les forces abattues, prostrées; la malade ne pouvait se tenir sur son séant. rien de particulier du côté des organes digestifs. La langue était humide, blanchâtre, le ventre souple, indolent; constipation. L'état du pouls et la prostration marquée des forces contre-indiquaient ici l'emploi des émissions sanguines; en conséquence je prescrivis immédiatement quatre onces de vin de Malaga, et un vésicatoire sur le côté malade, au niveau de l'omoplate. (Violette sucrée, jul. gom. looch, avec 4 gouttes de laudanum. Sinapismes aux extrémités).

Le 13. La malade a eu de l'agitation pendant la nuit; ses réponses sont encore vagues; mais il y a un peu d'abattement.

Même prescription, il est prescrit d'entretenir le vésicatoire.

Sous l'influence de ces moyens, la respiration est devenue moins difficile, le pouls s'est relevé, le délire a disparu, et au bout de quatre jours, nous avons constaté que la pneumonie marchait vers la résolution, le vin de Malaga a été continué pendant huit jours, le mieux s'est soutenu, et la malade était en pleine convalescence au bout de trois semaines; le vésicatoire a été entretenu pendant dix jours. Elle est sortie guérie le 12 mars.

Lors de son entrée, la malade était, ainsi que nous l'avons dit, dans un délire presque continuel, elle prétendait qu'on voulait la faire mourir. Quand elle recouvra l'exercice de ses facultés intellectuelles, elle devint extrêmement docile, et elle prit avec plaisir tout ce qu'on lui donna.

Pendant sa convalescence, la malade rendit des crachats muqueux, demi-transparents, visqueux, mêlés de flocons blancs, gros comme des grains de riz. Les crachats ont conservé cet aspect durant une huitaine de jours. N'ayant pas soumis ces flocons blanchâtres, opaques, à l'analyse chimique, je ne saurais dire s'ils étaient formés de mucus ou de fibrine. Mais ce que je puis affirmer, c'est qu'au premier aspect ils avaient quelque ressemblance avec les fausses membranes que nous avons signalées dans les bronches. Quoi qu'il en soit, ce fait n'est pas moins digne d'intérêt, car il nous montre un autre exemple de pneumonie avec forme ataxo-adynamique, combattue avec succès par le vin de Malaga et

les révulsifs sur la poitrine. On conaît toute la gravité de cette espèce de pneumonie.

XIXe Obs. — *Pneumonie à droite du sommet.* (*Deux saignées avant l'entrée de la malade.*) *État de faiblesse remarquable.* (*Vin de Malaga 4 onces*). *Vésicatoire sur le côté affecté. Guérison. Diarrhée pendant la convalescence.* — Decalonne (Marie), âgée de 71 ans, portière, d'une constitution affaiblie par l'âge et par des excès de travail, éprouva le 11 février une émotion morale, à la suite de laquelle elle fut prise d'nn accès de fièvre avec difficulté de respirer. Elle fut obligée de garder le lit. Le lendemain on lui pratiqua une saignée du bras, et le surlendemain on lui fit appliquer 15 sangsues sur la poitrine, à cause de la persistance de la fièvre et d'un point de côté. Les piqûres de sangsues ont bien coulé. A la suite de ces émissions sanguines la malade a éprouvé moins de douleur, mais elle s'est sentie beaucoup plus faible qu'auparavant. D'ailleurs la respiration devenant chaque jour plus difficile, la malade s'est fait porter le 15 février au Bureau central, et de là elle fut envoyée à l'Hôtel-Dien.

Le 16 février, face abattne, pommettes injectées, réponses assez justes; la malade se plaint d'nne grande faiblesse, elle se sent en même temps agitée; un peu de délire par instants. La bonche est sèche, la soif intense; la respiration difficile, fréquente, sternale (la malade n'a point la conscience de cette difficulté de respirer); le pouls est fréquent (125), petit, facilement dépressible; la peau d'une chaleur modérée, plutôt froide que chaude; extrémités un peu violacées; point de toux, absence de crachats. Matité complète au niveau du tiers supérieur du côté droit, souffle tubaire, sans mélange de râle crépitant ou muqueux. *Rien du côté de l'abdomen.* (Violette sucrée, looch, 4 onces de vin de Malaga.)

Le 17, pas d'amélioration, la malade a déliré toute la nuit; elle est agitée ce matin; la respiration est devenue plus laborieuse, le pouls est petit, accéléré, la langne sèche, mêmes signes stéthoscopiques, même prescription, et en outre un vésicatoire sur la partie supérieure et droite de la poitrine, en arrière.

Le 18, un peu moins mal, le pouls s'est un peu relevé, il est moins fréquent; les crachats sont abondants; ceux qu'elle expectore avec la plus grande peine offrent une teinte rouillée, les autres sont blancs, muqueux; face moins abattue; langue couverte d'un enduit noirâtre, humide cependant en arrière et sur ses bords; la malade boit souvent. (Entretenir le vésicatoire. Vin de Malaga 4 onces.)

Le 19, la malade se sent elle-même un peu mieux, le délire est presque entièrement calmé; cependant elle a toujours une idée fixe qui la poursuit, celle de la mort d'un de ses voisins qui est décédé subitement sons ses yeux. Souffle tubaire à la partie supérieure de la poitrine. Soif intense, langue couverte d'un enduit jaunâtre; la respiration moins gênée, le pouls est à 90, moins dépressible. (Vin de Malaga, bouillon.)

Le 20, le mieux se soutient; la malade n'a plns autant de préoccupation intellectuelle. (Même prescription.)

Le 21, aujourd'hui la matité a notablement diminué, le souffle tubaire est moins fort, quelques bulles de râle sous-crépitant. Le pouls est à 80; respiration assez facile. (Mauve, violettes sucrées, j. gom. gargarisme adoucissant)

Le 22, le bruit de souffle a presqne disparu: l'expansion normale du poumon s'entend nn peu. Suppression du vin de Malaga.

Le 23, la respiration est facile, mais il est survenu de la diarrhee avec quelques coliques. Dès ce moment, la convalescence a marché d'une manière lente, mais progressive. Sortie le 18 mars.

Obs. XXe. — *Pneumonie à gauche et à la base. Catarrhe pulmonaire chronique. (Forme adynamique). Traitement par le vin de Malaga, le kermès et un vésicatoire ; guérison.* — Une femme de 52 ans, douée d'une constitution détériorée par la misère, fut prise le 1er février, d'une doulcur dans le côté gauche, trois jours après l'invasion de la grippe. Elle entra à l'Hôtel-Dieu, le 2 février, sans avoir subi aucun traitement

Le 3. La face était abattue, injectée, légèrement violacée, la langue humide, couverte d'un enduit blanc-jaunâtre: point d'envie de vomir, constipation, ventre indolent; respiration à 38 par minute, haute, pénible, toux avec quintes violentes, crachats visqueux, un peu rouillés; matité dans les deux tiers inférieurs du côté gauche, sonffle tubaire, mêlé de quelqnes bulles de râle sous-crépitant et muqueux à petites bulles. La résonnance de la voix est assez forte, sans chevrottement; persistance des vibrations thoraciques qui accompagnent la voix. Pouls fréquent (125), irrégulier, inégal, peu développé, facilement dépressible; la peau est d'nne chaleur peu élevée, les extrémités sont d'une chaleur douce; la faiblesse musculaire est très-prononcée. L'état des forces et du pouls, l'ensemble de la constitution de cette malade contre-indiquaient les émissions sanguines: nous nons en sommes abstenus. L'indication la plus urgente à remplir, nous parut être celle de combattre l'adynamie dans laquelle la malade se trouvait

à l'instant où nous l'avons observée. Dans ce but, nous avons prescrit 4 onces de vin de Malaga; boissons pectorales, julep avec kermès ij grains, sinapismes sur les extrémités; vésicatoire sur le côté gauche.

Le 4 février. La malade prend avec plaisir le vin de Malaga ; elle se trouve un peu moins faible qu'hier, mêmes phénomènes d'ailleurs.

Nous insistons sur le vin de Malaga, et le 6 février nous commençons à entendre le râle sous-crépitant à bulles fines et multipliées, surtout dans les grandes inspirations; la respiration est moins pénible, elle descend à 30 par minute. A dater de cette époque l'amélioration a été lente, mais elle s'est soutenue; au bout de huit jours nous avons fait sécher le vésicatoire.

Le 15 février. La malade est bien, la fièvre a cessé, le côté gauche donne un son presque aussi clair que dans l'état normal, nous accordons le quart de la portion, les crachats reprennent les caractères du catarrhe.

Le 25 février. Nous constatons que la résolution du poumon gauche est complète ; plus de souffle bronchique ni de râle sous-crépitant. Cependant la malade se plaint d'une douleur au niveau de la glande thyroïde, douleur qu'elle a déjà plusieurs fois ressentie avant d'entrer à l'hôpital. Un phlegmon se développa dans cette région, et se termina par suppuration. On donna plus tard issue au pus, et la malade sortit guérie le 28 mars.

Obs. XXI[e]. — *Pneumonie à droite et à la base, traitée par les stimulants et les révulsifs cutanés. Guérison. Nouvelle pneumonie à droite et au sommet, mort.* — Une femme âgée de 68 ans, très-débilitée, portait un catarrhe pulmonaire depuis plusieurs années, lorsqu'elle fut prise d'une douleur dans le côté droit. Trois jours après l'invasion de ce dernier accident, elle entra à l'Hôtel-Dieu. Elle nous offrit tous les symptômes d'une pneumonie aiguë entée sur un catharre pulmonaire chronique. Matité complète, souffle bronchique mêlé de quelques bulles de râle muqueux et sous-crépitant ; crachats opaques et sanglants ; respiration difficile (40 par minute), pouls à 125, petit, dépressible ; en outre ascite commençante. (Mauve sucrée, jul. gom., vin de Malaga ℥ iv, vésicatoire sur le côté droit, sinapismes aux jambes.)

Le lendemain, 4 février, moins d'abattement, d'ailleurs mêmes phénomènes; le vin de Malaga est continué à la même dose.

Les 5, 6 et 7 février, le mieux se soutient.

Le 8. La base du poumon droit marche vers la résolution ; le souffle bronchique est remplacé en grande partie par du râle muqueux ou sous-crépitant ; les crachats ne contiennent plus de sang ;

en outre les forces de la malade se relèvent. On insiste sur le vin de Malaga.

Le 14, la pneumonie est guérie. On accorde le quart de la portion.

A dater de cette époque le ventre se tuméfie et se remplit de liquide.

Le 25 février, l'abdomen est fortement distendu, mat dans tous ses points, excepté au niveau de l'épigastre; la respiration est fréquente, laborieuse. La paracentèse est pratiquée le 27, une grande quantité de sérosité limpide s'écoule de la cavité abdominale.

L'ouverture résultant de la ponction donne chaque jour issue à une quantité considérable de sérosité, les forces de la malade vont diminuant; la diarrhée ne tarde pas à survenir, la malade tombe dans un état de marasme.

12 mars, elle est prise d'une nouvelle pneumonie à droite et au sommet, qui se termine par la mort au bout de six jours.

A l'ouverture du cadavre, on rencontra le lobe supérieur du poumon droit hépatisé au troisième degré; le lobe inférieur du même côté et le poumon gauche étaient sains. Les bronches renfermaient des mucosités puriformes, mais point de produits pseudo-membraneux; leur tunique interne était d'un rouge brun.

Épanchement de liquide séreux dans la cavité du péritoine; le foie était diminué de volume, ratatiné; son tissu dense et serré offrait une multitude de granulations d'un blanc jaunâtre (cirrhose de Laennec); la veine porte, à son entrée dans le foie, était entourée d'un tissu fibreux qui exerçait sur elle une compression évidente et qui par conséquent diminuait le calibre de cette veine.

Les canaux biliaires étaient remplis de bile.

Rien de particulier dans le tube digestif.

Cette malade ainsi que la précédente est entrée à l'hôpital dans les premiers jours du mois de février, à l'époque où je n'avais pas encore essayé l'emploi du vin de Malaga contre la pneumonie régnante. Frappé de l'état d'épuisement des forces, je ne crus pas devoir recourir aux émissions sanguines et je m'attachai à combattre l'un des éléments de la maladie qui me semblait le plus menaçant, c'est-à-dire l'adynamie. Je remplis ici une indication fondée non sur la connaissance de la maladie locale, mais sur l'état général de l'organisme. Cette

manière d'agir n'est point sans doute exempte d'inconvénient; elle exige une appréciation rigoureuse de l'état des forces; car si l'on prenait la fausse adynamie pour la vraie, comme Brown et ses partisans le faisaient dans beaucoup de cas, on s'exposerait à commettre de graves erreurs. Mais de ce que une méthode appliquée sans discernement peut avoir des dangers, ce n'est pas une raison pour la rejeter. Toutes les fois donc qu'une maladie inflammatoire est accompagnée d'un état de faiblesse réelle, il est indiqué de soutenir les forces par de légers stimulants. L'ensemble des phénomènes observés chez cette malade excluait toute idée des émissions sanguines. Les circonstances antécédentes conduisaient au même résultat. En effet nous avions affaire à une femme âgée de 68 ans, dont la constitution était beaucoup plus détériorée qu'elle ne doit l'être à cette période de la vie. Elle était atteinte d'une affection chronique déjà ancienne; elle avait en outre de la diarrhée depuis un mois, l'hématose paraissait viciée. En présence de ces faits, je n'osai point recourir aux émissions sanguines; l'émétique à haute dose ne me sembla pas plus indiqué que la saignée. Je ne vis d'autre ressource que dans les stimulans et dans les révulsifs cutanés. Tels sont les motifs qui nous ont guidé dans le traitement de cette malade. Nous avons vu la pneumonie marcher progressivement vers une résolution complète. L'état général de la malade s'est amélioré pendant quelque temps. Mais, ainsi qu'on pouvait le prévoir, l'ascite augmenta peu-à-peu, et réclama bientôt la ponction.

Une grande quantité de liquide s'échappa de l'abdomen pendant plusieurs jours, et continua sans doute à diminuer les forces de la malade, et à hâter le terme fatal.

Ce n'est pas tout, il est survenu une nouvelle pneumonie, qui s'est terminée dans l'espace de quelques jours par la mort. L'ouverture du cadavre est venue nous montrer que la pneumonie à laquelle la malade a succombé, n'avait aucun rapport avec la première. En effet celle-ci occupait la base du

poumon droit, celle-là affectait au contraire le sommet. Ainsi on ne peut attribuer la mort à la pneumonie pour laquelle la malade est entrée à l'hôpital.

L'ascite ne saurait non plus être regardée comme un résultat du traitement stimulant, car l'état du foie nous explique ce phénomène d'une manière satisfaisante. La veine-porte était entourée d'un tissu dense, serré, qui exerçait sur elle une compression évidente. D'ailleurs l'induration générale du foie devait retarder le cours du sang à travers les capillaires de cet organe, et par suite dans la veine-porte elle-même; d'où la cause mécanique de l'ascite, ainsi que les expériences de M. Magendie et les recherches pathologiques de M. Bouillaud l'ont parfaitement établi.

VIe *Série de faits. — Accidents qui pouvaient succéder à la pneumonie adynamique traitée par les stimulants.*

XXIIe Obs. — *Pneumonie à droite et à la base suite de grippe, traitée par la saignée, le tartre stibié à haute dose, pendant les quatre premiers jours, puis par les stimulants. Accès comateux intermittents, sulfate de quinine à haute dose. Guérison.* — Humel, âgée de 38 ans, femme de ménage, douée d'une bonne constitution, ayant eu six enfants, habituellement bien réglée, sujette à des douleurs d'estomac, contracta la grippe vers le 4 février; elle ne cessa point de vaquer à ses travaux. Dans la nuit du 8 au 9 février elle ressentit une douleur dans le côté gauche, avec fièvre et difficulté de respirer : la toux conserva le caractère de la grippe.

Le 9, je la trouvai dans l'état suivant : face abattue, exprimant la souffrance, langue humide, blanchâtre, bouche pâteuse, soif très-intense, point d'envie de vomir; ventre indolent, constipation, respiration, 30 par minute, toux par quintes, crachats peu abondants, blancs, muqueux, douleur au-dessous du sein gauche. Son clair, expansion pulmonaire normale; pouls à 110, un peu développé, régulier, mais sans résistance, peau chaude, moite; sentiment de faiblesse très-prononcé. (Cataplasme laudanisé sur le côté gauche, une bouteille d'eau de Sedlitz, infusion pectorale, julep gom., lav., diète.)

Le 10. Trois selles liquides dans la journée d'hier. Ce matin, la

douleur de côté est augmentée; la respiration fréquente (45), haute, costale, semblable à la respiration des animaux placés dans un air raréfié; toux avec crachats visqueux, quelques-uns légèrement rouillés. Matité dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche, souffle bronchique, bronchophonie sans mélange de râle muqueux ou crépitant; pouls (130) élevé, plein, sans dureté, peau chaude, moite. (Saignée de 14 onces, le reste, *ut suprà*, excepté l'eau de Sedlitz.) Le sang se couvre d'une couenne blanchâtre, peu épaisse; le caillot a moins de consistance qu'à l'ordinaire.

Aucun soulagement à la suite de la saignée.

Le soir, recrudescence de la fièvre, dyspnée plus grande, 20 sangsues sur le côté douloureux.

Le 11, même état qu'hier; souffle bronchique pur au niveau de la base du poumon gauche. (Potion stibiée avec six grains d'émétique et une demi-once de sirop diacode,) une cuillerée toutes les deux heures.

Le soir, rien de nouveau. Tolérance complète.

Le 12, la potion stibiée n'a produit aucune évacuation. Mêmes symptômes qu'hier. (Nouvelle potion avec 8 grains d'émétique.) Le soir, même tolérance.

Le râle sous-crépitant a disparu pour faire place au souffle bronchique pur; même dyspnée. Face plus abattue que les jours précédents; le pouls (135), très-faible. On suspend la potion stibiée. (Look avec kermès gr. iij; en outre large vésicatoire sur le côté malade.)

Le 13, le vésicatoire a bien pris, mais il n'a produit aucune amélioration dans les symptômes.

Le soir, beaucoup d'anxiété, constipation.

Le 14, très-mal; la nuit a été très-agitée. La face est profondément abattue, les lèvres violacées ainsi que les pommettes, la respiration (55 à 60), menace de suffocation, toux fréquente, expectoration difficile, peu abondante, de crachats muqueux, à peine rouillés. Le pouls est à 140, élevé, ondulant, peu résistant, la peau chaude, couverte de sueur.

(Saignée de 12 onces, vin vieux de Bourgogue iv onces dans de l'eau sucrée, reste *idem*.) Le sang se couvrit d'une couenne peu épaisse; le caillot était mou. A peine le sang avait-il cessé de couler, que la face devint pâle, les yeux se sont enfoncés et cernés; l'artère humérale offrait des battements accélérés et oscillatoires;

une sueur générale couvrit la peau; la respiration resta aussi anxieuse qu'avant la saignée.

Je fis administrer aussitôt une cuillerée à bouche de vin dans un verre d'eau sucrée. Le soir, il y avait un peu d'amélioration; le pouls était moins mou que le matin, la face un peu moins altérée.

Le 15, le mieux se soutient. La respiration est moins anxieuse. Je fis continuer le vin étendu d'eau. Le 16, le mieux persiste, même traitement.

Le 17, la malade se plaint d'avoir la bouche sèche; elle ne veut plus prendre d'eau rougie. (Mauve gomme sucrée, j. gom., looch simple, diète, lavement émollient) Lavement purgatif à cause de la constipation.

A trois heures du soir, la malade tombe dans un état comateux, à six heures du soir, elle ne répond plus aux questions qu'on lui adresse; son regard est fixe; insensibilité complète de la peau. Immobilité absolue, respiration moins fréquente qu'avant l'accès; absence de toux et d'expectoration. Le pouls conserve du volume, il marque 115 pendant l'accès. Révulsifs sur les extrémités, vésicatoire volant à chaque cuisse).

A 9 heures du soir, la malade recouvre sa connaissance. A la suite de cet accès, elle éprouve de l'agitation, divague de temps en temps, elle a eu des grincements de dents. (Potion calmante avec gouttes jv de laudanum de Sydenham et un demi-grain de camphre.)

Le 18, la nuit a été assez calme. Ce matin, mieux sensible; cependant il y a quelque chose de hagard dans les yeux; la malade est sombre, taciturne, découragée; le pouls est à 125, développé, mais faible, la peau couverte de sueur; souffle bronchique mêlé de quelques bulles de râle sous-crépitant à gauche, expansion normale à droite. Je lui fis donner quelques cuillerées d'eau rougie et un lavement avec deux onces de miel.

A une heure de l'après-midi, sans cause connue, la malade retombe dans le même état qu'hier.

A 6 heures du soir, je la retrouvai sans connaissance, avec perte absolue de la sensibilité et du mouvement. Même fixité des yeux. La respiration semble calme, le pouls moins fréquent que dans l'intervalle de l'accès. Mais aujourd'hui la face est plus colorée qu'hier, la joue droite est plus injectée que celle du côté gauche. Ayant fait soulever la malade, je m'assurai que l'engorgement du poumon gauche avait repris une nouvelle intensité, et que le pou-

mon droit était lui-même engoué en bas; il y avait, de ce côté, du râle sous-crépitant et du souffle bronchique, tandis que deux jours avant le poumon gauche était en voie de résolution, et le poumon droit n'était pas engorgé. Ainsi, depuis l'invasion des accès comateux, la pneumonie avait éprouvé une recrudescence non équivoque.

Je ne pus conserver la moindre incertitude sur la nature pernicieuse de ces accès. Dans le but de soutenir la malade, je prescrivis une potion avec dix grains de sulfate de quinine, une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

A 11 heures du soir la malade avait recouvré sa connaissance, comme le jour précédent. Même agitation nerveuse, même divagation, mêmes grincements de dents. (Potion laudanisée et camphrée pour la nuit.)

Le 19, très-mal. Face profondément altérée, yeux presque éteints, respiration fréquente, menace d'asphyxie, peau couverte de sueur visqueuse et froide, pouls (135 à 140) mou, dépressible; 'es plis qu'on fait à la peau ne s'effacent point; la plaie du vésicatoire est pâle et ne fournit plus de suppuration; cependant la malade conserve sa connaissance, elle peut encore prendre quelques cuillerées de boisson.

Le danger était imminent, et, d'après de grandes probabilités, le retour du 3e accès serait suivi d'une issue funeste.

Je fis donner, dans l'espace de deux heures, dix grains de sulfate de quinine dans une potion. A peine la malade avait pris ce médicament, qu'elle sortit comme d'un songe, et qu'elle revint, pour ainsi dire, à une nouvelle vie. Dix grains de sulfate de quinine furent encore donnés le même jour.

L'accès a presque entièrement manqué. Plusieurs évacuations alvines dans la journée, éructations fréquentes de gaz. — Le 20, le mieux continue.

Le 21. (24 grains de sulfate de quinine en trois fois.) L'accès a totalement manqué; la respiration est moins difficile, la face moins altérée.

Je diminuai la dose du sulfate de quinine. Boissons adoucissantes, lavements, cataplasmes, potion laudanisée, bouillon coupé.

Le 22, un peu moins bien, la malade s'inquiète beaucoup, elle a eu plusieurs selles liquides pendant la nuit. Craignant qu'elle n'eût une rechute, à cause de l'étroitesse de la chambre qu'elle habite, je lui donnai le conseil d'entrer à l'Hôtel-Dieu, dans le service qui m'était confié.

Depuis cette époque, le mieux n'a pas discontinué. Nous avons augmenté progressivement la nourriture; la matité du côté gauche a diminué peu à peu; le 3 mars, la matité avait entièrement disparu; enfin, le 9, la malade est sortie parfaitement guérie.

Cette observation n'a pas besoin de commentaires, elle démontre d'une manière péremptoire l'utilité des stimulants dans la pneumonie avec forme adynamique bien tranchée. Avant d'employer les stimulants nous avions combattu la maladie par les émissions sanguines, le tartre stibié à haute dose et un vésicatoire sur le côté affecté. Sous l'influence de ce traitement énergique, l'engorgement du poumon ne faisait aucun progrès vers la résolution; le souffle bronchique persistait dans toute sa pureté; la respiration était d'une fréquence peu ordinaire, le pouls très-accéléré. Enfin, le quatrième jour la malade commençait à présenter des phénomènes d'asphyxie; ses lèvres étaient violacées ainsi que les pommettes; les yeux abattus en raison de l'engorgement sanguin du poumon et de l'asphyxie imminente. Malgré l'état de faiblesse de la malade, je crus convenable de pratiquer une nouvelle saignée de trois palettes, avant d'administrer des boissons stimulantes. La saignée fut supportée avec peine, elle fut suivie d'une altération profonde des traits, et n'apporta aucun changement dans les mouvements respiratoires. Immédiatement après la saignée, je fis donner un peu de vin dans de l'eau sucrée. Ce léger stimulant produisit l'effet que j'attendais, il releva les forces de la malade; dès le soir même il y avait une amélioration évidente; la respiration était moins pénible et moins fréquente, le pouls était moins faible; le précepte *à juvantibus aut lædentibus indicatio*, trouvait ici son application. J'insistai sur l'usage du vin mêlé d'eau, et je vis le mieux continuer; tout-à-coup la malade à cause de la sécheresse de la bouche ne veut plus prendre d'eau rougie. Le même jour, il survint des accidents comateux qui revêtirent la forme rémittente. Ces accidents n'avaient pas une liaison directe avec l'engorgement du poumon. Au deuxième accès je reconnus que j'avais affaire à une fièvre rémittente, pernicieuse, je donnai le sulfate de quinine dans l'intervalle du deuxième et troisième accès, à une époque où la malade semblait à chaque instant menacée de succomber. Malgré la gravité des symptômes, à peine le fébrifuge avait-il été administré, que ses heureux effets se firent sentir : il survint ici ce qu'on observe dans les fièvres pernicieuses. Dès ce momen la maladie marcha vers la guérison, et dans l'espace de quelques jours la malade était en pleine convalescence.

Avant de terminer ces réflexions, je ferai remarquer que, pendant les accès comateux, l'engorgement du poumon augmenta et se propagea au poumon droit resté sain jusqu'alors. Cette recrudescence de la pneumonie me parut un effet des accès de fièvre pernicieuse, et non la cause de ces accès. Ce qui le prouve, c'est qu'aussitôt que la fièvre fut combattue par le sulfate de quinine, la pneumonie marcha rapidement vers la résolution.

Nous avons vu d'autres accidents se manifester chez deux des malades que nous avons soumises au traitement stimulant. Nous aurions désiré faire connaître l'histoire détaillée de ces deux malades, mais je me contenterai d'en donner une idée succincte au lecteur.

OBS. XXIIIe. *Pneumonie double, avec forme adynamique ou maligne, saignée, tartre stibié à haute dose, point d'amélioration; vin de Malaga, mieux sensible, puis sans cause connue les symptômes s'aggravent; phénomènes cyaniques suivis d'une réaction comateuse et de la mort. Ouverture du cadavre* : nodosités disséminées dans les poumons, les unes noirâtres, les autres d'un gris noirâtre, d'autres d'un gris jaune. Ces nodosités avaient pour siége les lobules pulmonaires. (Pneumonie lobulaire). Leurs différentes nuances dépendaient de ce qu'elles contenaient, celles-ci du sang, celles-là du sang mêlé de pus, et enfin, d'autres du pus sans mélange. Outre ces lésions, il y avait une grande mollesse de tous les tissus; le système vasculaire renfermait du sang fluide, noirâtre.

OBS. XXIVe. *Pneumonie double adynamique, saignée, vin de Malaga, amélioration, puis après un écart de régime pleurésie aiguë qui s'est terminé par un épanchement purulent, et qui a causé la mort au bout de deux mois.*

Lebeau Louise, âgée de 17 ans, douée d'une bonne constitution, mais affaiblie par des excès de toute espèce, entra à l'Hôtel-Dieu le 11 février. Elle était malade depuis trois jours, quand nous la vîmes, elle était profondément abattue, sa respiration fréquente, (50 à 60 par minute), menace d'asphyxie; crachats blancs, visqueux, matité de la poitrine de chaque côté et en bas, souffle tubaire, bronchophonie, râle muqueux, absence de râle crépitant; la peau chaude, les chairs molles et flasques, le pouls (140 à 145), petit, dépressible; diarrhée depuis deux jours; ventre indolent. (Saignée de 2 palettes, potion stibiée, sinapismes).

Le 13. Le sang était coagulé, non conenneux, (Saignée de huit

onces, vin de Malaga quatre onces; vésicatoire sur le côté droit).

Le 14. Un peu d'amélioration; le pouls s'était relevé, la peau était plus chaude, la face moins abattue.

Le vin de Malaga fut continué à la même dose; de mieux en mieux; le huitième jour la pneumonie avait disparu du côté gauche, la respiration était de 45 par minute, le pouls à 125.

Le douzième jour. Écart de régime, rechute, pleurésie aiguë à droite, matité complète, absence de respiration; égophonie. A dater de ce jour, recrudescence de la fièvre et de tous les symptômes; de plus en plus mal; mort le 14 avril, 2 mois après l'entrée de la malade.

A l'ouverture du cadavre, nous avons rencontré une vaste collection de liquide épais, d'un blanc jaunâtre, purulent, dans la cavité pleurétique du côté droit; des fausses membranes épaisses de 2 à 3 lignes, recouvraient les deux feuillets de la plèvre; le poumon était refoulé en haut et contre la colonne vertébrale, il était presque entièrement effacé. Son tissu était d'ailleurs très-sain. Les bronches étaient injectées, mais elles ne contenaient point de fausses membranes, ni aucun liquide puriforme.

Le poumon gauche était engoué à sa base et en arrière, mais son tissu était resté perméable à l'air.

CONCLUSIONS.

1° Pendant l'épidémie de grippe, la pneumonie a revêtu en général les caractères de la pneumonie catarrhale de Huxham.

2° Elle ne s'annonçait pas toujours par les symptômes qui en marquent ordinairement l'invasion; le frisson pouvait manquer, ou du moins être beaucoup plus faible que de coutume; la douleur de côté était presque constante, mais elle n'avait pas dans tous les cas une aussi grande intensité qu'à l'ordinaire.

3° La pneumonie parcourait quelquefois toutes ses périodes sans modifier les produits de l'expectoration. Les crachats, ainsi qu'on a pu s'en convaincre, et comme l'indiquent les observations contenues dans ce mémoire ont été très-variables; tantôt blancs, muqueux, comme dans la grippe simple, tan-

tôt d'un blanc jaunâtre couleur sucre-d'orge, tantôt rouillés ; tantôt d'un jaune rougeâtre plus foncé, tantôt de couleur jus de pruneaux, tantôt enfin ayant une teinte grisâtre, opaque, semblables à de la bouillie, étalés sur le fonds du vase. Tous les malades chez lesquels nous avons observé cette dernière espèce de crachats ont succombé (obs. 3e. 6e. 10e. 12e. 13e. 15e.)

4° Les signes fournis par l'auscultation nous ont présenté quelques particularités dignes d'intérêt. Le râle crépitant était en général très-fugace, il avait disparu le plus souvent au bout de vingt-quatre heures. Le souffle tubaire était très-prononcé dans beaucoup de cas, mêlé ou non de râle muqueux à petites ou à grosses bulles. On distinguait dans quelques cas du râle sibilant ou muqueux non-seulement au niveau du lieu qu'occupait la pneumonie, mais dans le reste de la poitrine.

En général, le souffle tubaire se conservait pur, sans mélange de râle muqueux à petites bulles, jusqu'aux derniers instants de la vie lorsque la pneumonie s'était compliquée d'une bronchite pseudo-membraneuse.

5° La percussion donnait les mêmes résultats que dans les les pneumonies ordinaires.

6° L'exploration des vibrations thoraciques ne nous a rien offert qu'on ne retrouve dans toute espèce de pneumonie.

7.° Les organes digestifs nous ont offert des phénomènes très-variables. Tantôt simple embarras gastrique ou intestinal, le plus souvent constipation opiniâtre ; dans trois cas, diarrhée abondante et bilieuse dès l'invasion de la pneumonie. Ce symptôme était accompagné d'une grande prostration des forces. Mais attendu que nous avons retrouvé la même prostration sans trouble des fonctions digestives, elle ne nous a point semblé la conséquence de l'affection gastro-intestinale.

8.° Le système nerveux était plus ou moins influencé par la cause épidémique, d'où la diminution plus ou moins grande des forces.

9.° La pneumonie, suite de grippe, avait une marche variable, tantôt rapide, tantôt lente.

10°. Elle était en général beaucoup plus grave que dans les temps ordinaires.

11°. Dans quelques cas, le poumon était hépatisé au second degré ; dans d'autres il offrait un mélange du second et du troisième degrés ; enfin dans des cas plus rares, on rencontrait exclusivement le troisième degré.

Les bronches étaient quelquefois le siége d'une rougeur qui occupait toute l'étendue des tuyaux aériens, mais le plus souvent la rougeur était limitée, circonscrite dans les bronches appartenant aux lobes hépatisés.

12.° Une fois sur trois environ les bronches des lobes hépatisés étaient remplies de concrétions d'un blanc jaunâtre, cylindriques, et présentant les caractères physiques et chimiques des fausses membranes du croup bronchique.

Cette lésion constituait une complication des plus fâcheuses de la pneumonie.

13° Aucun signe certain ne nous a permis de reconnaître cette complication pendant la vie.

14° En résumé : sous le rapport anatomique, la pneumonie suite de grippe peut être distinguée en pneumonie simple et en pneumonie compliquée de bronchite pseudo-membraneuse ou croupale.

15° Sous le rapport des symptômes observés pendant la vie, elle se divise en pneumonie simple ou franchement inflammatoire, et en pneumonie adynamique ou ataxo-dynamique, (maligne).

16° Le sang nous a présenté des caractères variables; quelquefois il était le même que dans les pneumonies ordinaires franchement inflammatoires, d'autres fois il était mou, non couenneux.

Ce dernier caractère coïncidait en général avec la pneumonie adynamique ou maligne.

17° Ces caractères de la pneumonie se retrouvent dans tous les temps, mais en des proportions différentes. La pneumonie adynamique est beaucoup plus rare que pendant la grippe.

18° Le traitement devait se modifier suivant que la pneumonie se présentait sous telle ou telle forme, indépendamment des circonstances qui réclamaient certains changements dans le choix des moyens thérapeutiques. Voici le traitement que j'ai adopté :

A. Forme adynamique. Chez les individus jeunes, doués d'une bonne constitution, 1° pratiquer une ou deux saignées suivant les forces du sujet et l'état de plénitude du système sanguin ; 2° donner en même temps quatre onces de vin de Malaga à doses fractionnées. (Le vin de Malaga peut être remplacé par une autre espèce de vin de bonne qualité, à la même dose) ; 3° appliquer un vésicatoire volant sur la partie malade 4° continuer l'emploi du vin de Malaga à la même dose jusqu'à ce qu'on ait obtenu une réaction suffisante : 5°. cesser ou reprendre l'usage des stimulans suivant que les forces se relèvent ou se dépriment. 2°. chez les individus d'un âge avancé ou d'une faible constitution, s'abstenir des émissions sanguines ou les employer avec ménagement, administrer le plus tôt possible le vin de Malaga, et appliquer un vésicatoire sur le côté affecté.

B. *Forme inflammatoire.* — Quand la pneumonie se présente avec ses caractères accoutumés, recourir au traitement ordinaire, avec quelques modifications fondées soit sur les forces du sujet, soit sur l'étendue de la maladie. Dans ces dernier cas, la saignée, les vésicatoires, le tartre stibié haute dose, m'ont parfaitement réussi.

De l'ectopie de l'aorte, par *le professeur* Dubreuil, de Montpellièr.

Le docteur Rey, chef interne à l'hôpital de Bordeaux, nous adressa naguère une pièce anatomico-pathologique d'un haut intérêt. En soumettant ce fait à notre investigation, notre ancien disciple et notre ami n'en a pas moins désiré qu'il fût profitable à d'autres, et c'est pour répondre à sa confiance que nous nous empressons de publier l'observation suivante avec les réflexions qu'elle nous inspire. Notre première intention fut de la présenter isolée, mais nous pensâmes bientôt qu'une simple relation ne pouvait suffire. Borner à la seule observation les vices de conformation, dit notre savant collègue, le professeur Breschet, sans rattacher la connaissance des monstruosités à la physiologie ou aux lois générales de la vie, c'est ôter à cette étude le seul charme qu'elle puisse offrir au médecin et la seule utilité dont elle puisse être dans la science.

Obs. *Ectopie de l'aorte naissant du ventricule droit; oblitération presque complète de l'artère pulmonaire; communication des deux ventricules, inversion du tronc brachio-céphalique.* — Une petite fille de 9 ans, née de parents jeunes, bien constitués, est transportée d'un village de la Charente dans l'hôpital de Bordeaux. La peau de l'enfant est partout cyanosée au plus haut degré; les ongles et les lèvres sont d'un bleu foncé, la conjonctive et la sclérotique offrent une coloration bleuâtre. A l'auscultation les battements du cœur produisent derrière le sternum comme de violents coups de marteau, et le pouls, petit, n'est pas en harmonie par sa force avec les pulsations du cœur. La poitrine, bien développée, est sonore à la percussion, et toutefois la respiration s'exécute avec une gêne, une anxiété continuelles. La plus légère contrariété provoque des accès de colère ou plutôt de fureur qui rendent la suffocation imminente : c'est durant un de ces accès et peu de temps après l'entrée de la malade à l'hôpital que la mort eut lieu subitement, comme si une cause mécanique avait arrêté tout-à-coup la circulation et la respiration

Les particularités remarquables de la nécropsie sont surtout re-

latives au centre circulatoire et aux vaisseaux qui en partent (1). N'omettons pas de faire observer que l'accumulation du sang dans les vaisseaux cérébraux était assez considérable pour avoir déterminé une véritable apoplexie par congestion. Il nous a semblé que les poumons n'étaient pas en rapport de volume avec le cœur ; disons aussi que quand nous les avons étudiés, ils macéraient depuis quelque temps dans l'alcool : ils étaient engoués et ne crépitaient pas.

Le volume du cœur est plus considérable qu'il n'a coutume de l'être à l'âge du sujet; sa forme globuleuse rappelle assez bien celle de l'organe chez les Chéloniens ; sillon inter-ventriculaire moins oblique que dans l'état normal; son poids est de quatre onces ; rien qui mérite de fixer l'attention dans les oreillettes. Aucune trace du trou Botal, seulement légère dépression au centre de la cloison inter-auriculaire ; dépression plus marquée dans l'oreillette gauche que dans l'autre : une sorte de relief, placé sous l'endocarde, indique le rebord qui circonscrit une partie de la fosse ovale. Forme arrondie du ventricule droit non affaissé sur lui-même, mais accru dans ses fibres musculaires au point d'être le siége d'une hypertrophie excentrique ; l'épaisseur des parois de la base est de 4 lignes (2) ; les colonnes charnues qui occupent son intérieur, offrent partout dans leur exagération l'aspect et les caractères propres au ventricule gauche ; l'orifice auriculo-ventriculaire droit ne s'éloigne pas de la disposition naturelle, et donne insertion à une valvule tricuspide bien conformée. — Les artères aorte et pulmonaire naissent de la partie antérieure et supérieure du ventricule droit. La première, par une singulière anomalie, tire son origine de la partie gauche du ventricule droit, de cette cavité infundibuliforme d'où provient ordinairement l'artère pulmonaire. Ce vaisseau, volumineux, loin d'être recouvert par l'artère pulmonaire, la recouvre de manière même à la refouler tout-à-fait à gauche et à la comprimer. Il se porte directement en arrière, et après un pouce et demi de trajet, se contourne à gauche pour descendre le long du rachis. Orifice aortique garni de trois valvules sigmoïdes. Inversion des troncs artériels qui partent de la convexité de la crosse aortique, et

(1) La mensuration de la même région ventriculaire du cœur, chez l'adulte, donne pour moyenne deux lignes et demie environ.

(2) Pour être plus exact, nous l'avouons, il conviendrait mieux de dire, en parlant des vaisseaux : *qui s'y insèrent* ou *s'y terminent*. En admettant une autre locution peu en rapport avec les observations d'organogénie, nous sacrifions aux traditions du passé.

disposition telle que l'artère brachio-céphalique est située à gauche : la carotide primitive et la sous-clavière droites naissent isolément. — L'artère pulmonaire tire son origine du ventricule droit et est entièrement déviée à gauche, au point qu'elle paraîtrait au premier aspect naître en partie de la cloison inter-ventriculaire. Oblitération presque complète de cette artère vers son embouchure au ventricule (1). Le diamètre de ce vaisseau est réduit à une ligne; son pourtour de la vers le lieu rétréci, est occupé par des concrétions calcaires non lamelleuses et de forme irrégulière. Les valvules sigmoïdes sont placées au-dessus du rétrécissement du tronc pulmonaire, mais grouppées, tassées les unes sur les autres : à leur niveau, l'ouverture de l'artère pulmonaire reprend son calibre qui cependant n'excède pas celui de la crurale ; membranes interne et moyenne du tronc pulmonaire ramollies et colorées en rouge lie de vin ; coagulation sanguine dans l'intérieur du vaisseau: traces manifestes d'une artérite. Division de la pulmonaire en haut et à la partie postérieure en deux branches, ainsi qu'il arrive ordinairement. Absence de tout vestige du ligament artériel, de ce tissu cellulo-fibreux, débris du canal pulmo-aortique et mettant en connexion les artères aorte et pulmonaire : il nous paraît impossible de considérer comme indiquant le lieu où aurait dû exister le canal artériel durant la vie intra-utérine, une dilatation circonscrite et placée sur le trajet de l'artère pulmonaire. Le ventricule gauche a perdu en développement, quant aux fibres charnues, ce que présente d'insolite celui du côté opposé : sa cavité plus ample que la droite; orifice auriculo-ventriculaire gauche à l'état normal, ainsi que la valvule mitrale; colonnes charnues peu prononcées, point de vestiges de l'orifice aortique. Une ouverture ovalaire à grand diamètre vertical occupe la partie supérieure de la base de la cloison qui sépare les deux ventricules, ouverture assez vaste pour admettre l'extrémité du doigt auriculaire. La circonférence de cette ouverture établit la communication ventriculaire; son aspect lisse indique une disposition congéniale, et écarte toute idée d'une perforation accidentelle ou pathologique.

Après des recherches assez nombreuses dans les archives de la science, nous sommes arrivés à constater des faits plus ou moins analogues à celui que nous venons de retracer ; ce-

(1) L'oblitération de l'artère pulmonaire à son insertion au ventricule droit nous a conduit à examiner, avec attention, les artères bronchiques, dont le calibre n'était pas augmenté.

pendant nous n'en avons découvert qu'un à-peu-près identique. Il est dû à Abernethy : il s'agit d'un enfant qui succomba peu de jours après sa naissance. L'orifice aortique était dans le ventricule droit à côté de celui de l'artère pulmonaire ; le ventricule ne donnait naissance à aucun vaisseau. Une petite ouverture de communication dans la cloison inter-ventriculaire transmettait dans le ventricule droit le sang des cavités gauches du cœur.

Analysant les détails de notre observation, nous réunirons les pensées qu'elle nous suggère dans la solution des questions suivantes :

1° Quelle influence physiologique les anomalies énoncées ont-elles exercée sur la circulation du sang pendant et après la vie intra-utérine?

2° Quelle a été la cause de la mort, et la vie pouvait-elle se prolonger long-temps encore?

3° Les déviations et les vices de conformation que nous venons de signaler sont-ils des arrêts de formation ou des arrêts de développement, et dans le dernier cas, par exemple, sont-ils susceptibles d'explication?

Pour répondre à la première question, nous insisterons sur une circonstance anatomique qui nous paraît importante, savoir, l'absence très-probable du canal artériel. Nous avons vainement cherché quelques rudiments du ligament qui lui succède alors qu'il a cessé d'être perméable au sang. Eh bien ! le simple raisonnement fait comprendre comment l'existence s'est soutenue sans le secours de ce canal, si indispensable dans les conditions ordinaires de la vie fœtale ou embryonaire. Moyen de dérivation, son usage est de détourner le sang des poumons qui n'agissent pas encore comme agents respiratoires, et de le porter dans l'aorte : la malformation des parties supplée ici en quelque sorte à l'office du conduit pulmo-aortique. Les résultats de l'autopsie cadavérique ne démontrent-ils pas la perforation de la cloison inter-

ventriculaire, l'aorte naissant du même ventricule que l'artère pulmonaire et recevant une quantité de sang beaucoup plus considérable qu'elle, comme on en peut juger par l'inégale capacité du diamètre respectif de ces deux vaisseaux. Peut-on rattacher à cette double cause l'impossibilité de trouver quelques vestiges du trou inter-auriculaire?

Arrivé dans l'oreillette droite, le sang est transmis dans le ventricule du même côté qui, à l'aide d'un mouvement de systole, le projette en même temps, mais en proportion si différente, et dans l'aorte et dans l'artère pulmonaire. Ramené dans l'oreillette gauche par les veines pulmonaires, le sang est transmis par celle-ci dans le côté droit du cœur, au moyen des ouvertures inter-auriculaire et ventriculaire, si tant est pour la première que le trou de Botal se soit maintenu long-temps ouvert, ce qui est pour nous, répétons-le encore, l'objet d'un doute. Une partie du sang pénétrait après la systole auriculaire dans le ventricule gauche, mais pour refluer incessamment à droite, puisque le ventricule était imperforé là où devait exister l'embouchure aortique.

Voilà donc une circulation fœtale accomplie, quant aux résultats du moins, comme à l'état normal; mais quelle différence en ce qui concerne la disposition des instruments qui concourent à l'exécution de la fonction? Ainsi d'une part, au lieu du canal artériel, on voit les artères aorte et pulmonaire recevoir le sang du même ventricule; d'autre part, la communication des cavités droite et gauche du cœur est ici représentée par la perforation de la cloison des ventricules.

A l'époque de la naissance, des changements surviennent et établissent le mode définitif d'organisation du cœur; changements devenus nécessaires pour coordonner la circulation avec une nouvelle fonction qui entre en exercice et dont le but immédiat est de former du sang rouge. Par une opposition remarquable, l'enfant qui nous occupe n'a prolongé sa vie languissante, durant huit années, que parce que le cœur est resté après la naissance ce qu'il était auparavant.

La systole des oreillettes s'exécutant simultanément, tandis que la droite recevait le sang veineux de tout le corps, à la gauche se rendait une petite quantité de sang artérialisé : il y avait donc dans le ventricule droit mélange des deux espèces de sang, mais, pour la quantité, avec prédominance marquée du noir. La circulation n'était pas complète, dans l'acception rigoureuse du mot, puisqu'une fraction seule du sang était portée aux poumons pour y subir l'oxydation.

Si, de nos jours, les révélations d'une anatomie transcendante induisent à penser que nos organes dans leurs successives évolutions répètent d'une manière fugitive les formes arrêtées, permanentes chez les animaux placés plus bas dans l'échelle, à la circulation de quels êtres devons-nous assimiler celle de l'enfant qui est le sujet de ce mémoire? La famille des reptiles se présente naturellement: chez elle il n'y a qu'une partie du sang qui respire à chaque circuit. Nous établissons la comparaison pour le résultat fonctionnel ; quant à l'analogie des moyens ou du rapport des instruments circulatoires, elle se trouverait assez bien exprimée par le rapprochement du cœur humain en question avec le cœur d'une espèce d'ophidiens, la *couleuvre à colliers.* (1). (Voir l'*anatomie analytique de la circulation du sang*, par le docteur Martin St-Ange.)

Dans l'observation que nous publions, c'est instantanément, c'est durant un accès de fureur que la vie a cessé. L'énorme quantité de sang remplissant l'appareil vasculaire cérébral, nous a fait regarder la mort comme suite de l'*apoplexie*, et dans ce cas, ce mot n'est point pour nous synonyme d'hémorrhagie cérébrale (2). Nous l'employons comme indiquant la

(1) Quoique dans la classe des serpents il n'y ait ordinairement que deux oreillettes et un ventricule, l'étude du cœur de la couleuvre à colliers fait voir distinctement deux cavités ventriculaires communiquant entr'elles.

(2) L'observation de quelques apoplexies promptement mortelles, l'examen des cadavres fait par nous-mêmes, nous ayant pré-

congestion, la stagnation du sang dans les vaisseaux encéphaliques. C'est l'*ictus-apoplecticus,* le coup de sang qui, par une sorte de sidération de l'innervation cérébrale, a tué cette malheureuse enfant dont l'existence était menacée à chaque moment. On n'a point oublié que le ventricule droit était hypertrophié. Une telle disposition devenait une conséquence presqu'inévitable du surcroît d'action de ce ventricule à-la-fois pulmo-aortique, c'est-à-dire, servant à la circulation pulmonaire et à la grande. Trouvera-t-on une liaison entre l'apoplexie et l'hypertrophie du ventricule?

Ainsi la mort du cerveau a déterminé la mort générale, qui l'eût été par l'altération profonde des organes de la circulation. L'enfant devait bientôt succomber, si l'on songe au rétrécissement du tronc artériel pulmonaire. On conçoit à peine comment l'existence pouvait se soutenir avec l'exiguité du filet de sang porté aux poumons. La persistance de la vie avec une telle perturbation dans la formation du sang artériel, était l'effet d'une sorte d'assuétude de l'organisme. Des caractères non équivoques d'*artérite* se remarquaient dans la partie du tronc pulmonaire en rapport avec le ventricule. Des incrustations calcaires y témoignaient d'une ancienne et profonde lésion de nutrition. Sans faire intervenir l'influence d'une cause toute mécanique pour rendre raison de l'artérite et du rétrécissement qui en est la suite, faisons toutefois remarquer que les rapports de position de l'aorte et de l'artère pulmonaire expliquent le mode de compression que le premier de ces vaisseaux devait nécessairement exercer sur l'autre.

senté la distension des sinus et de tous les vaisseaux encéphaliques, par une quantité surabondante de sang, en même temps que l'absence d'autres lésions quelconques, n'autorisaient-ils pas à admettre une *apoplexie par congestion* sans déchirure vasculaire? Celle-ci ne serait-elle pas cette apoplexie dite *nerveuse* par les anciens, et assez vaguement exprimée par quelques modernes, sous la dénomination d'apoplexie sans cause matérielle appréciable?

Revenons sur la disposition de l'artère pulmonaire. Ils ne laissent pas que d'être multipliés, les exemples d'oblitérations de l'artère pulmonaire à son insertion au ventricule droit. (Voir *Recherches sur la cyanose* par le Dr. Gintrac.) Ainsi ce tronc est le plus souvent imperméable au sang et jusqu'au canal artériel quand l'aorte nait à-la-fois des deux ventricules. Serait-il vrai, comme, l'a pensé le Dr. Gendrin, qui a rattaché avec sagacité à quelques chefs principaux indiquant comme leurs degrés de subordination, les vices de conformation du cœur, que le canal artériel n'est jamais oblitéré alors que l'artère pulmonaire l'est? Applicable au plus grand nombre de cas, cette proposition est par trop absolue; et, nous étayant du seul fait que nous avons cité, nous admettrons la possibilité d'absence du canal artériel, pourvu que la communication inter-auriculaire ou ventriculaire persiste. Enfin l'imperforation de l'artère ne peut figurer que d'une manière relative parmi les causes de non viabilité. Dans une observation due à Jacobson, cette artère manquant était remplacée par les artères bronchiques. Faut-il donc, en organogénésie, plaçant l'artère pulmonaire sous l'immédiate dépendance du conduit pulmo-aortique, admettre que son développement s'opère par l'impulsion qu'il lui transmet?

Privé de détails cliniques suffisants, nous devons négliger les rapports de causalité existant entre les vices de conformation du cœur et les symptômes observés durant la vie.

Si dans certaines anomalies du cœur, dont le résultat est la communication immédiate des deux côtés entr'eux, la cyanose manque; si, au contraire, ce signe se rencontre dans d'autres maladies sans mélange des deux espèces de sang, cependant dans le plus grand nombre de cas la cyanose coïncide, comme le dit M. Louis, avec un rétrécissement bien marqué de l'artère pulmonaire. A part cette circonstance, signalée dans le fait que nous avons décrit, l'ectopie de l'aorte, la perforation inter-ventriculaire, entraînaient aussi la presque nécessité de la cyanose : ici la couleur répandue

sur toute l'habitude du corps était noire ; c'était plutôt en réalité une teinte mélanique que cyanique. Bien qu'on l'ait prétendu, le mélange du sang noir et du rouge, la quantité du premier étant même beaucoup plus considérable, n'agit pas toujours sur nos parties par une influence sédative, pourvu que ce mélange ne soit pas instantané ou accidentel. Sans l'oblitération de l'artère pulmonaire la vie pouvait encore se prolonger ; la vie que, dans la difficulté d'une définition convenable, un célèbre physiologiste ne craint pas de regarder comme le résultat du contact du sang artériel avec les organes et particulièrement avec le cerveau. Sans invoquer ici les trop nombreux exemples d'une cruelle épidémie long-temps inconnue à notre France, et sans parler d'autres faits même étrangers au choléra avec cyanose, on sait que l'action du cerveau se continue avec du sang qui n'est même plus de nature artérielle. Projeté vers l'encéphale, le fluide sanguin exerce une double influence sur cette masse nerveuse par le mouvement qui lui est imprimé et par la nature des principes qui le constituent. Outre la modification de ceux-ci, la force impulsive devait, d'un autre côté, être moindre que dans l'état normal, puisque le ventricule droit était simultanément aortique et pulmonaire.

En songeant qu'un des traits principaux du caractère de l'enfant, ou mieux un des symptômes du mal, consistait en la propension à une extrême irascibilité, et cela sans motif, ne semble-t-il pas que le sang porté au cerveau agissait en déterminant sur lui et sur les centres nerveux une stimulation presque continuelle. . . . . . .

Notre confrère, M. Rey, quand il nous adressa la pièce d'étude qui fait l'objet de ce mémoire, nous soumit une très-grave question de médecine légale, que nous nous contentons de rapporter, sans tenter de la résoudre. Dans la supposition que le sujet grandi et parvenu à l'âge de raison se fût, dans ses accès de fureur si fréquents, porté à des actes de violence envers les autres, était-il excusable devant la

loi? (1) Ne pouvait-on pas alléguer comme motif d'une légitime excuse la disposition congéniale morbide du centre circulatoire?

Nous touchons à la partie la plus difficile de notre travail, celle où nous devons essayer d'expliquer les anomalies qui nous ont occupé, si tant est cependant qu'elles soient toutes de nature à se prêter à des explications de quelque vraisemblance; mais il est loin d'en être ainsi. Ces déviations ne pouvant être traduites de la même manière, nous les classerons en diverses catégories, et, pour parler le langage de M. Isidore Geoffroy-St-Hilaire, de ce jeune et savant académicien, qui vient de combler une lacune de la science par la publication d'un traité complet de Tératologie, nous dirons: 1° insertion anormale, dissimilaire, de l'aorte au ventricule droit; 2° agénésie du canal artériel; 3° arrêt de développement de la cloison inter-ventriculaire.

Ectopie de l'aorte. On chercherait en vain à se le dissimuler, c'est une grande difficulté de dégager son esprit de ces formes anatomiques parachevées, connues, pour étudier les organes commençant à paraître, se développant par de successives évolutions. Toutefois ce genre de recherches est indispensable; car, dans une science comme l'organogénésie, ce qui est ne saurait indiquer ce qui fut à une autre époque. Au demeurant, ce n'est qu'avec une sage réserve qu'il convient de rapporter à l'homme les études qu'il nous est donné de faire sur les animaux. Pour ne parler que du cœur, que de changements dans sa norme, ses connexions et même sa position; ne l'oublions pas, le cœur ne se forme pas en place; il n'est d'abord qu'un seul vaisseau, puis plusieurs que renforcent bientôt des molécules de substance musculaire.

---

(1) L'éducation modérant plus tard cette irascibilité, n'eut peut-être pu néanmoins détruire ce penchant si prononcé, et pour ainsi dire incarné à l'organisation. Cette expression métaphorique : *la fureur circule avec le sang*, n'est pas sans quelque exactitude.

Il faut s'élever ici de ce qui est, en embryogénie, la disposition normale, pour être conduit à présumer ce qui peut advenir dans un état opposé ; et, sans discuter sur la priorité d'apparition des vaisseaux ou du cœur, il nous semble, comme à beaucoup d'autres, que l'on distingue la partie périphérique du système vasculaire avant la partie centrale. Ne sait-on pas que les globules sanguins préexistent au cœur, et que, réunis en courants, ils se creusent des vaisseaux dans la masse organisée. Que d'allées et de-venues dans ces courants que l'on dirait avancer, incertains de la voie qu'ils doivent suivre, attirés, repoussés par des forces électro-magnétiques ou autres. Sans prétendre expliquer le comment, l'on comprend que dans les premiers jours de la vie embryonaire des perturbations plus ou moins profondes, des causes dynamiques ou d'une autre nature préparent des déviations, des anomalies, des monstruosités enfin. Mais, pour ne nous occuper que de l'embranchement de l'aorte au ventricule droit, rappelons que les cavités gauches du cœur se forment avant les autres. Sur trois embryons humains, de quatre à cinq semaines, nous avons évidemment constaté l'origine de l'aorte, sans rien trouver du côté du ventricule droit qui indique l'artère pulmonaire : celle-ci, dans les premiers temps de la vie embryonnaire, n'existe pas, comme l'a prouvé Meckel dans un excellent mémoire sur le développement du cœur et des poumons. Ce qui nous a frappé dans nos recherches et observations sur quelques embryons humains peu avancés, c'est qu'alors que la distinction entre les ventricules est assez nettement établie, on voit le droit s'élever au-dessus du gauche qui est le plus volumineux. Nous sommes ici réduits à supposer une sorte d'erreur de lieu dans les courants sanguins, ou peut-être précocité dans ceux qui doivent former l'artère pulmonaire, ou retard dans ceux qui constituent l'aorte. Peut-être encore que, contre l'ordre de primogéniture des ventricules, le droit s'est manifesté avant le gau-

che (1), l'aorte paraissant avant l'artère pulmonaire. Ne voyant dans cette dernière qu'une division de l'aorte par le prolongement de la cloison inter-ventriculaire, on pourrait encore chercher ainsi à expliquer l'anomalie, qui deviendrait plus facile à concevoir si l'aorte naissait simultanément des deux ventricules; car le mode de formation du ventricule droit diffère de celui du gauche, en ce que le premier est formé par deux branches qui ne se rapprochent jamais entièrement et qui représentent la lettre V. Ceci dépend, comme l'a dit Rolando, de la manière dont le ventricule droit s'appuie sur le gauche, et qui est telle que sa naissance peut être comprise dans les branches de division de la base ventriculaire. Abandonnons ces hypothèses pour ce qu'elles valent, et renonçons à soumettre à des explications un fait qui n'en admet guère de plausibles, car l'embryogénie ne donne pas toujours une méthode pour formuler les malformations.

Canal artériel. Il y a eu, suivant nous, agénésie, arrêt de développement, ou mieux absence. Cette assertion, nous ne l'établissons pas sur ce que l'analyse anatomique ne nous a permis de découvrir aucune trace du ligament artériel, mais bien sur ce que, par suite d'une sorte de solidarité fonctionnelle, certaines parties arrêtées dans leur développement ont remplacé le canal artériel.

Perforation de la cloison inter-ventriculaire, à sa base. Ici ce ne sont plus des doutes, des suppositions que nous hasardons, c'est un fait avéré que nous articulons, savoir : c'est toujours de la partie inférieure, pour s'élever perpendiculairement vis-à-vis l'ouverture de l'aorte, que se développe la cloi-

---

(1) Si les cavités du cœur n'avaient été ouvertes quand nous l'avons reçu, et qu'on eût séparé, isolé par la dissection les deux côtés de l'organe, n'aurait-on pas pu s'assurer si le ventricule droit était formé avant le gauche, en constatant, au lieu de l'emboîtement du ventricule gauche convexe et reçu dans le droit, une disposition contraire.

son qui sépare les ventricules; quand on observe la communication ventriculaire primordiale, c'est à la base de la cloison, ce véritable arrêt de développement.

Considérées isolément, les anomalies et vices de conformation que nous venons de faire connaître, doivent à leur liaison, à leur coordination, une gravité moindre sous le rapport physiologique. Cette vérité, toute paradoxale qu'elle paraisse d'abord, a été proclamée par les auteurs qui, en éclairant la tératologie, lui ont fait perdre ce caractère fabuleux qui la défigurait. Supposons que l'ectopie de l'aorte existât seule et sans ouverture inter-ventriculaire, comment le sang des veines pulmonaires serait-il parvenu du ventricule gauche à toutes les parties du corps, alors que l'ouverture aortique était imperforée. Enfin, disons-le en terminant, la vie n'a pu se soutenir pendant huit ans, que parce qu'il y a eu plusieurs anomalies dans les instruments de la circulation. Une seule, et l'enfant pouvait mourir en naissant. Ainsi une anomalie, une déviation en entraîne une autre ; ainsi nous retrouvons une sorte de nécessité de rapport harmonique, là où tout, au premier aspect, paraît confusion, désordre.

Quelques considérations sur les causes qui peuvent retarder ou empêcher la consolidation des fractures ; par M. Louis Fleury, *interne des hôpitaux, etc.*

Quels que soient le siége et la nature d'une fracture, tous les efforts du chirurgien doivent d'abord tendre à en obtenir la consolidation régulière. Ce n'est qu'en présence d'un danger imminent, ou après avoir épuisé les ressources de l'art, qu'il est permis de renoncer à l'espoir de ce résultat, et lorsqu'on se rappelle le grand nombre de fractures comminutives ou compliquées, qui, jugées sans remède par les hommes les plus habiles, se sont néanmoins consolidées grâce à une heu-

reuse indocilité du malade ou à quelqu'autre circonstance, on demeure convaincu que dans ces graves questions qui décident de la perte d'un membre, on ne saurait jamais agir avec assez de prudence et de réflexion. Certes chacun sait que le malade auquel une amputation faite à propos aurait sauvé la vie, succombe à une opération tardive, et c'est justement la connaissance de ce fait qui jette quelques praticiens dans l'excès contraire. Dans les affections de cause interne, lentes, qui altèrent la constitution tout entière, dans les caries, les tumeurs blanches, les ostéo-sarcômes, il est sage d'amputer aussitôt qu'un diagnostic bien établi vient démontrer une maladie qui doit résister aux médications les plus énergiques comme les plus rationnelles, Mais lorsqu'une violence extérieure, sans parler toutefois des plaies d'armes à feu, vient frapper un homme jeune, vigoureux, bien portant, il faut craindre, bien que les désordres soient grands, de recourir aux moyens extrêmes et de désespérer trop tôt de la puissance réparatrice de la nature.

Pour obtenir la consolidation régulière d'une fracture, deux premières indications se présentent : 1° mettre les extrémités des fragments en contact; 2°. les maintenir dans cette position. L'extension et la contre-extension permettent ordinairement de remplir la première avec facilité ; la seconde offre plus de difficulté, et l'on ne parvient pas toujours à surmonter les forces musculaires, ou à paralyser toutes les causes qui peuvent produire un nouveau déplacement, malgré les nombreux appareils inventés à cet effet.

Aujourd'hui, la plupart des chirurgiens pensent que l'immobilité complète et forcée du membre fracturé, jointe à une pression énergique exercée sur les parties molles, sont les meilleurs moyens pour maintenir les fragments et obtenir une consolidation prompte et régulière. Dans cette idée, les uns ont recommandé de multiplier les attelles et de serrer fortement les liens ; les autres ont proposé des appareils inamovibles, des moules en plâtre, etc. Malheureusement ces mo-

yens n'atteignent pas toujours leur but, et souvent, quelque soin qu'on apporte à leur application, le cal s'établit d'une manière vicieuse, se fait attendre fort longtemps, ou ne se forme pas du tout.

Quelles sont donc les causes qui peuvent encore retarder ou empêcher la consolidation d'une fracture ? Les auteurs en ont indiqué plusieurs ; mais les principales, celles auxquelles viennent se rattacher presque toutes les autres, semblent leur avoir échappé ; c'est sur elles que M. Jobert a porté son attention, et nous verrons qu'il en a tiré des indications fort différentes de celles que l'on suit généralement.

Le sang est la source de toute cicatrice ; on sait l'influence qu'il exerce sur la surface des plaies, la forme, la couleur, la consistance des fausses membranes, leur développement, celui de leurs vaisseaux. Or, les travaux de Dupuytren ayant démontré que, conformément aux idées déjà émises par Duhamel, le périoste et le tissu cellulaire étaient les principaux instrumens de la formation du cal, on pouvait admettre *à priori* que la circulation devait jouer un grand rôle dans l'accomplissement de ce travail. L'observation a pleinement confirmé cette opinion, et a démontré à M. Jobert que parmi les causes qui peuvent s'opposer à la consolidation d'une fracture, il fallait placer en première ligne celles qui exercent une modification fâcheuse sur le cours du sang ou sur la composition elle-même de ce liquide.

N'est-ce pas en effet chez les individus dont la constitution est altérée par des maladies scrofuleuses ou vénériennes, que l'on voit le plus souvent des fausses articulations. N'est-ce pas chez les vieillards ou chez des malades débilités par des affections chroniques ou des évacuations sanguines répétées que se forment les fausses articulations surnuméraires ? Et à ce propos remarquons combien est peu rationelle la pratique conseillée par Celse, et encore employée par quelques chirurgiens, d'imprimer aux fragments des mouvements de *va et vient*,

mouvements qui ne peuvent avoir d'autre résultat que celui de détruire le peu de vaisseaux ou de liens fibreux qui commencaient peut-être à rétablir la continuité.

Les déchirures du périoste retardent beaucoup la consolidation des fractures, et cela d'autant plus que la membrane est détruite dans une plus grande étendue, et qu'elle est douée d'une moindre force de sécrétion.

Les épanchements de sang qui se font quelquefois entre les fragmens d'une solution de continuité, retardent également la formation du cal par l'obstacle qu'ils opposent au développement des vaisseaux et au dépôt de la lymphe. L'interposition des portions musculeuses a le même effet chez les vieillards, lorsque le périoste a perdu une partie de sa vitalité; car chez les hommes jeunes et vigoureux, on voit tous les jours des portions musculaires renfermées dans l'épaisseur d'un cal difforme et irrégulier, mais néanmoins solide et de rapide formation.

Le pus formé dans les environs d'une fracture favorise souvent la consolidation en excitant le périoste; mais il détruit au contraire cette membrane lorsqu'il baigne les fragments eux-mêmes, et dans ce cas, la cicatrisation osseuse est impossible, ou se fait attendre fort longtems, si le pus, après avoir séjourné un temps plus ou moins long, est enfin évacué.

Quelques chirurgiens ont beaucoup blâmé l'usage continu d'eau saturnée ou astringente dans le pansement des fractures, ayant remarqué qu'il retardait souvent la consolidation, et ils ont expliqué ce fait, en disant que les tissus s'impregnaient tellement de liquide qu'ils faisaient subir au cal une espèce de macération; mais cette imbibition est assez difficile à concevoir, et il est, ce me semble, plus naturel d'attribuer le défaut d'ossification à la gêne que des applications froides répétées doivent apporter dans la circulation des membres fracturés.

Mais, bien plus fréquemment que toutes les causes que

nous venons d'énumérer, c'est l'appareil placé dans le but de favoriser la consolidation d'une fracture, qui vient s'y opposer par la compression qu'il exerce sur les vaisseaux du membre, soit que cette compression soit inévitable, comme dans les appareils inamovibles, soit que le chirurgien l'exerce volontairement, la considérant comme nécessaire.

Pour les os protégés par une couche épaisse de parties molles, à la cuisse, par exemple, les effets de cette compression peuvent ne pas être très-sensibles; car si dans ce cas, la circulation capillaire et celle des branches artérielles moyennes est plus ou moins gênée, celle des gros vaisseaux continue à s'exercer librement; il n'en est pas de même à l'avant-bras, à la jambe, où la compression, pour peu qu'elle soit forte, intercepte le cours du sang, non seulement dans les vaisseaux superficiels, mais encore dans ceux qui se rendent à l'os fracturé lui-même et à son périoste. Ici, pour obtenir une consolidation rapide et régulière, il est plus important qu'on ne pense de n'appliquer que le nombre d'atelles strictement nécessaire, et de ne pas serrer trop fortement les liens de l'appareil. En suivant une pratique opposée, on attend quelquefois trois, quatre, six mois, une réunion qui après ce long espace de temps ne commence même pas encore. C'est souvent alors que le chirurgien s'empresse, à chaque pansement, de réappliquer l'appareil avec *plus de soin*, c'est à dire d'augmenter le nombre des atelles, d'entourer plus exactement le membre, de serrer davantage les compresses, les bandes, les liens; et c'est alors que plus il fait d'efforts pour atteindre le but, plus il s'en éloigne. Les observations suivantes développent cette pensée, et viennent à l'appui des propositions que je n'ai fait qu'énoncer.

OBS. Ire. — Jean-Marie Taillard, maçon, âgé de 48 ans et d'une bonne constitution, entra à l'hôpital Saint-Louis le 20 janvier 1836 pour une fracture transversale de la jambe droite. Déjà à l'âge de vingt ans ce malade avait eu ce même membre fracassé par un bou-

let; la consolidation ne s'était pas fait attendre long-temps, mais elle fut suivie d'un léger raccourcissement de la cuisse avec déviation du genou en dehors.

Aujourd'hui la fracture siége à la réunion du quart supérieur avec les trois quarts inférieurs de la jambe, à-peu-près à l'endroit qu'occupait la première solution de continuité ; elle intéresse les deux os, et elle est compliquée d'une petite plaie située vis à-vis la face antérieure du tibia.

On recouvre la plaie avec un linge enduit de cérat, de la charpie et une compresse, ensuite on place la jambe dans l'appareil de Scultet, où elle demeure sans être pansée jusqu'au 8 mars.

Pendant cet intervalle, il ne survient aucun signe de réaction, le blessé n'accuse aucune souffrance et mange les trois quarts d'aliments. A la levée de l'appareil la plaie offre un aspect de mauvaise nature, elle fournit une assez grande quantité de pus sanieux, et aucun travail de réunion ne s'est établi entre les fragments de la fracture.

Après avoir abstergé la plaie, on la panse avec un linge enduit de cérat, la moitié supérieure de la jambe est recouverte de charpie trempée dans du blanc d'œuf, et on réapplique ensuite l'appareil qui reste de nouveau en place pendant un mois. Au bout de ce temps, la plaie est belle, vermeille, mais la consolidation n'est pas opérée.

M. Jobert, cherchant alors la cause qui pouvait ainsi s'opposer à la formation du cal, pensa la trouver dans l'absence du contact de l'air et dans la trop grande compression à laquelle avait été soumis le membre. Il ne mit plus en conséquence qu'un appareil peu serré, soutenu seulement par une attelle interne. La jambe fut arrosée chaque jour avec de l'eau-de-vie camphrée, la plaie cautérisée avec le nitrate d'argent et pansée avec de la pommade au minium.

Au 1er mai, c'est-à-dire au bout de trois semaines, la plaie est entièrement cicatrisée et la réunion osseuse commence à s'opérer. La jambe n'est plus recouverte que de quelques compresses longuettes maintenues par l'atelle interne.

Le 15 mai, la consolidation est achevée, solide, et le malade quitte l'hôpital.

Obs. IIe. — Jean-Nicolas Louis, âgé de 62 ans, charretier, d'une assez bonne constitution, est renversé par sa voiture le 1er février 1836 et se casse le bras gauche, environ à quatre pouces au-dessus du coude : il entre le même jour à l'hôpital Saint-Louis,

où l'on constate que la fracture est presque transversale et sans complication.

L'appareil ordinaire des fractures du corps de l'humérus est appliqué et le membre couché horizontalement, dans une légère flexion, sur un coussin. Le malade, auquel on recommande de le laisser dans un repos absolu, ne tient aucun compte de cet avertissement, et son indocilité engage M. Jobert à laisser l'appareil en place pendant deux mois.

Au bout de ce laps de temps, la fracture n'est pas consolidée, les fragments font une saillie assez prononcée en dehors, et leur disposition est telle, que bien qu'ils soient mobiles l'un sur l'autre, on ne peut ramener le bras à sa direction naturelle. La main et l'avant-bras sont légèrement œdematiés, raides, et ne peuvent presque plus exécuter de mouvements. Le malade accuse une douleur assez vive au niveau du condyle interne de l'humérus où la peau présente une petite tache violacée.

M. Jobert applique alors l'appareil de manière à laisser une grande partie du membre à découvert ; il ne fixe les atelles que par quelques circulaires de bandes sur leurs extrémités, et place dans leur intervalle des compresses imbibées d'eau-de-vie camphrée.

Le 20 avril, le cal commence à se former, la main et l'avant sont encore gonflés, mais les mouvements sont beaucoup plus libres : il existe au coude une petite excoriation très-douloureuse qu'on panse avec du cérat. On place le membre demi-fléchi sur une atelle coudée garnie d'un coussin, et on l'entoure de quelques circulaires de bande.

Le 5 mai, la réunion des fragments n'est pas encore complète, on se contente alors de placer le bras à nu sur un coussin.

Le 15, la consolidation s'est opérée rapidement, elle est aujourd'hui complète et solide. Le malade quitte l'hôpital.

Obs. IIIe. — Charles Dutertre, tourneur, âgé de 41 ans, d'une constitution lymphatique, fait une chute le 15 février 1836, se casse la jambe droite, et entre, le même jour, à l'hôpital Saint-Louis.

La fracture est complète, elle a son siége immédiatement au-dessus de la malléole interne et est compliquée d'une excoriation profonde et d'une large ecchymose. On panse la plaie avec du cérat ; le bas de la jambe est recouvert avec de la charpie trempée dans du blanc d'œuf, et on applique ensuite l'appareil ordinaire des fractures de jambe. Le membre est maintenu ainsi dans un re-

pos absolu pendant six semaines, sans qu'il survienne aucun accident.

Le 10 avril, on enlève l'appareil, la petite plaie est complètement cicatrisée, l'ecchymose a disparu ; mais la consolidation n'est pas même commencée. On réapplique l'appareil, et M. Jobert prescrit au malade une tisane amère et quatre onces de vin de quinquina par jour.

Le 30 avril, la consolidation n'est guère plus avancée; alors on supprime l'atelle et le coussin antérieurs, on serre très-peu l'appareil, et l'on arrose le membre avec de l'eau-de-vie camphrée.

Dès lors le cal se solidifie rapidement : à la fin du mois de mai, il est très-résistant, presque inappréciable au toucher, et le malade quitte l'hôpital.

Obs. IVe. — Henri-Constant Pinard, fermier, âgé de 48 ans, était entré, vers la fin du mois de juillet 1836, à l'hôpital de la Charité, atteint d'une affection de poitrine, pour le traitement de laquelle il fut soumis à sept saignées du bras et à des applications successives de sangsues sur le côté gauche jusqu'au nombre total de 500. Il sortit convalescent au bout d'un mois, et il commençait à reprendre ses forces, lorsque le 23 novembre il reçut sur la jambe gauche un violent coup de pied de cheval, qui le renversa sur le sol. Pinard ne put se relever, et on le transporta à l'hôpital Saint-Louis. Il avait une fracture simple située au tiers inférieur du tibia : on lui appliqua immédiatement l'appareil ordinaire.

Au bout de quarante jours, la consolidation n'était pas opérée : le membre fut replacé dans l'appareil et arrosé avec une décoction vineuse de roses de Provins. Le malade prit deux onces de vin anti-scorbutique. Au bout de *quatre mois et demi*, le cal n'était pas encore solide; on supprima alors l'appareil, et l'on ajouta une bouteille d'eau de Seltz au vin anti-scorbutique.

Le 12 juillet, la consolidation était enfin complète et résistante. Le malade quitte l'hôpital.

Mémoire sur l'hypertrophie de la glande mammaire, par le docteur Fingerhuth, de Esch (1).

La tuméfaction des mamelles, qui fait l'objet de ce mémoire, n'est causée ni par la formation de produits nouveaux, ni par une modification de la texture de la glande. Elle consiste seulement dans une augmentation de volume des lobules dont la réunion constitue la glande mammaire, et dans l'accumulation anormale de la graisse dans le tissu cellulaire ambiant. Elle est caractérisée par l'uniformité de la tumeur, l'augmentation progressive de la masse tuméfiée, et par l'absence de toute douleur. Cette maladie se présente sous deux formes : dans la première, la marche est plus rapide, et la maladie est toujours liée au phénomène de la puberté, avec lequel elle coïncide. Dans la seconde, le développement est plus long, l'accroissement de volume est presqu'insensible, et la maladie est liée principalement à un trouble dans les fonctions des organes générateurs. Je me bornerai à décrire la première de ces deux variétés.

La marche de la maladie, et les symptômes qui la signalent sont les suivants : la glande mammaire subit un accroissement de volume ; ordinairement c'est la droite, rarement les deux en même temps. Cet accroissement est précédé par une sensation de picotement, et s'accompagne d'irritabilité de la mamelle. Le développement porte uniformément sur la totalité de la mamelle. Cette affection se manifeste toujours à l'époque de la puberté, et coexiste avec le développement physiologique des mamelles. Ordinairement les personnes qui en sont atteintes, n'ont point eu leurs régles, ou, si la menstruation s'est établie, l'écoulement sanguin est très-peu abondant, dure pen-

(1) Zeitschrift für die gesammte Medicin, 1er semestre 1837 (G. R.)

dant peu de temps, et cesse bientôt, pour ne plus reparaître. Le développement anormal prend une marche plus rapide, au moment même où la période menstruelle se termine, et très-souvent, à l'époque des règles, les malades éprouvent une sensation plus marquée de tension locale, qui diminue après cette époque, puis les progrès de l'hypertrophie reprennent une marche plus lente et plus continue. Quelquefois la voix subit une modification particulière; elle devient rude, enrouée et, pour ainsi dire, double. Cet état de la voix peut durer plusieurs jours, disparaître, puis revenir sans qu'on puisse reconnaître aucune lésion distincte. Chez une malade, j'ai remarqué que cette raucité de la voix revenait aux époques menstruelles, bien que les règles eussent cessé de paraître; tandis que chez une autre, je n'observai aucune altération de la voix. Si l'on examine le sein malade, on voit que le mamelon est devenu plus plat et plus large, que l'aréole a pris plus d'étendue. D'abord la tumeur donne une sensation de résistance, sans que la couleur ait encore subi la moindre altération. Plus tard, quand le volume de la mamelle est devenu plus remarquable, si l'on se borne à un examen superficiel, la tumeur parait plus molle, et ce n'est qu'en y enfonçant profondément le doigt explorateur que l'on reconnait les lobes durs et hypertrophiés de la glande mammaire. A cette époque, les veines qui rampent dans les téguments sont plus manifestes, et la mamelle prend une teinte bleuâtre, sans qu'il y ait cependant un changement bien remarquable de couleur. Ainsi, la maladie marche d'une manière permanente, et, dans certaines circonstances, avec une assez grande rapidité. La mamelle acquiert un volume immense, peut atteindre une longuenr de 18 à 20 pouces, et davantage, avec une circonférence de 20 à 24 pouces, un poids de 10 à 12 livres, et apporte beaucoup de gêne aux mouvements. La transpiration cutanée, et le sang récemment tiré de la veine, ont une odeur particulière; ce dernier contient beaucoup d'acide carbonique libre. A mesure que la tumeur se développe par

suite de l'hypertrophie excessive de la glande mammaire, le reste du corps s'amaigrit peu-à-peu, ce qui fait que la mamelle affectée paraît s'accroître encore plus vite qu'elle ne le fait réellement. A une époque plus avancée, les organes thoraciques entrent en sympathie. Alors se manifestent de la gène dans la respiration, une sensation de constriction à la poitrine, de la toux d'abord sèche, puis suivie de l'expectoration de crachats écumeux, et quelquefois striés de sang. Les forces diminuent, la fièvre hectique s'allume, et la mort, que précèdent quelquefois des symptômes d'hydrothorax, est déterminée par l'épuisement.

Toutefois, la marche de la maladie n'est pas toujours celle qui vient d'être décrite, et, relativement à la terminaison, elle s'en écarte souvent. En effet, la tuméfaction arrivée à un certain degré de développement, peut rester stationnaire sans l'intervention d'aucun traitement pendant un grand nombre d'années, et même pendant toute la vie, sans aucun autre inconvénient que la gène causée nécessairement par le volume énorme de la mamelle.

La maladie peut se terminer de trois manières différentes :

1° par la guérison. — La tuméfaction cesse de faire des progrès, mais la partie, une fois tuméfiée, ne revient jamais à son volume normal. C'est pourquoi la guérison ne peut être considérée comme complète qu'en tant que l'accroissement de la masse est limité à un certain degré de développement, et que l'on n'a plus de craintes à concevoir pour la santé générale.

2° Par une autre maladie. Il peut se former dans les interstices du tissu glandulaire hypertrophié des épanchemens et des kystes. Sous ce rapport, le fait suivant mérite d'être rapporté.

Obs. Ire. — L. W, âgée de 23 ans, d'une complexion délicate, était atteinte d'une tuméfaction indolente de la mamelle. Cette tuméfaction, qui avait existé pendant plusieurs années, sans cause connue, et qui s'était développée peu-à peu, avait pris depuis dix

mois seulement, une marche beaucoup plus rapide, et la mamelle avait atteint dans un court espace de temps un tel volume, que la malade ne pouvait plus se livrer à ses occupations ordinaires. Une sensation de tension ou de tiraillement vers l'aisselle et l'épaule du côté droit, la forçait souvent de prendre une position horizontale dans laquelle elle se sentait peu-à-peu délivrée de la sensation fatigante causée par le poids de la mamelle. Les divers agents thérapeutiques dont elle avait fait usage par les conseils de son médecin, n'ayant produit aucune amélioration, elle se décida à abandonner la maladie à elle-même. Elle resta ainsi pendant dix mois; pendant ce temps, il s'opéra un changement dans la tumeur qui augmenta de volume plus rapidement, et qui parut se ramollir dans sa partie centrale. Dans la pensée qu'il y avait un abcès en cet endroit, on appliqua successivement sur la tumeur des cataplasmes de nature diverse, qui n'amenèrent point l'ouverture de l'abcès, et ne rendirent point la tumeur plus molle. C'est alors que je vis la malade pour la première fois. La tumeur avait 26 pouces de circonférence. Sa surface était uniforme, et elle présentait au toucher les signes caractéristiques de l'hypertrophie. A-peu-près sur la ligne médiane, mais un peu inférieurement, je remarquai une tache bleuâtre, au-dessous de laquelle la fluctuation était manifeste. A cette époque, de même que pendant tout le temps de la maladie, la tumeur était indolente; l'humeur de la malade était gaie. Cependant sa santé générale était sérieusement altérée depuis deux mois; elle avait perdu son embonpoint, éprouvait des pincements dans la région du cœur, une constriction à la poitrine, une toux sèche, et avait perdu l'appétit. Dans cet état, je ne pouvais attendre de succès que dans l'extirpation de la mamelle, mais la malade repoussa cette opération. Cependant elle me demanda, sinon une cure radicale, au moins un soulagement. C'est pourquoi, pour m'assurer de la nature du liquide, je fis une ponction dans le point qui donnait de la fluctuation, et il s'écoula trois à quatre onces d'une sérosité jaune. Cette évacuation fit perdre à la tumeur une partie de son volume. Dans l'espoir de déterminer l'inflammation adhésive des parois de la poche, et de prévenir par là une nouvelle accumulation de liquide, j'établis une pression modérée au moyen d'une bande. Mais la malade ne put supporter aucune pression continue. La plaie se ferma promptement, et au bout d'un mois, la collection s'était reformée comme avant la ponction. Fatiguée des tentatives inutiles de la médecine, la malade ne voulut plus en supporter aucune autre, et traîna une vie languissante pendant cinq mois,

au bout desquels elle mourut dans un état d'épuisement complet. A l'inspection cadavérique, on reconnut une hypertrophie très-bien caractérisée de la glande mammaire. Dans deux points, le tissu de la glande était devenu plus dur, et dans le voisinage, il existait deux simples kystes, remplis de sérosité jaunâtre, qui probablement étaient le résultat de l'agrandissement de quelques cellules du tissu cellulaire qui avaient été privées de leur communication naturelle.

3°. Par la mort. — Cette maladie n'a jamais une heureuse terminaison, c'est-à-dire ne reste point stationnaire à un certain degré de son accroissement, sans le secours de l'art : abandonnée à elle même, elle ne cesse point de faire des progrès. La mort arrive quand l'émaciation commence, et quand les organes de la poitrine entrent en sympathie soit par suite d'abcès qui se forment dans les conduits aériens, soit par suite d'un hydro-thorax, soit enfin à la suite d'une phthisie avec fièvre hectique.

Anatomie pathologique. — Il est extrêmement rare que le tissu interne de la glande mammaire soit altéré. Malgré le développement excessif de la masse totale, et l'augmentation de volume des lobules en particulier, ces derniers offrent leur texture naturelle. Le tissu cellulaire est plus lâche, ses cellules sont plus larges, et il contient beaucoup de graisse. Les artères ne présentent aucun changement, soit dans leur texture, soit dans leurs dimensions. D'un autre côté, les vaisseaux galactophores intérieurs sont dilatés, et offrent un plus grand volume qu'à l'état normal ; les veines sont toujours agrandies d'une manière remarquable, et présentent quelquefois une altération de tissu. Les nerfs ne sont ni moins volumineux, ni amincis ; mais comparés avec le volume considérable de la glande hypertrophiée, ils paraissent amoindris, bien qu'en réalité ils aient conservé leurs dimensions primitives. Toutefois, dans certains points où les nerfs paraissent plus résistants et plus durs, on reconnait que la masse nerveuse a perdu une partie de son tissu médullaire.

Dans une mamelle hypertrophiée, on trouve accroissement de la masse, augmentation de volume et de poids absolu. Ce dernier augmente dans la même proportion que la masse; mais il n'en est pas ainsi pour la pesanteur spécifique, comme on sait que cela arrive dans les inflammations. A cela, il faut ajouter un remarquable développement des vaisseaux veineux et la dilatation des veines, tandis que les artères conservent leur volume normal. Un fait qu'on ne peut expliquer, mais qui n'en est pas moins réel, c'est que les organes les plus riches en sang veineux sont ceux qui sont le plus disposés à l'hypertrophie; et que dans les parties qui sont soumises à ce développement morbide, la masse des vaisseaux veineux provenant de la dilatation des veines augmente en raison de l'accroissement de la tumeur et *vice versâ*.

Etiologie. — L'hypertrophie de la mamelle, qui se présente comme une complication morbide de la puberté, parait être due entièrement à la prédisposition intérieure qui est propre à cette époque. Les mamelles ont en effet une liaison intime avec le développement de la fonction génératrice. Sensation de constriction accompagnée de gêne dans la respiration, gonflement appréciable, surcroît d'activité de la glande, tels sont les symptômes qui indiquent l'augmentation de vitalité des mamelles, et le changement profond qui s'effectue en elles à l'époque de la puberté. A cette prédisposition dominante s'ajoutent d'autres influences qu'on ne peut pas toujours saisir dans les cas particuliers : 1° l'usage trop commun à cette époque, d'alimens irritans et échauffans ; cette alimentation sans une puissante prédisposition ne pourrait que causer un développement plus rapide de la mamelle; mais chez des sujets prédisposés, et réunie à d'autres causes, elle favorise beaucoup le développement morbide.— 2°. Des attouchements fréquemment répétés sur les mamelles etc. Ces attouchements agissent de deux manières, par une irritation directe, et en excitant les appétits vénériens. L'excitation des organes génitaux réagit sym-

pathiquement sur les mamelles. 3° Les ablutions et lavages abondants sur de jeunes mamelles avec des eaux parfumées et tenant en dissolution diverses substances irritantes. 4°. Enfin quelques faits attestent que la compression ou un coup peut déterminer l'hypertrophie de la mamelle, surtout quand on a eu recours à un traitement impropre ; comme aussi une disposition scrofuleuse marquée peut en favoriser le développement.

Traitement. — Le traitement de cette maladie est radical ou palliatif, suivant que la maladie est plus ou moins avancée, et suivant les circonstances. Le traitement pour la cure radicale s'effectue de deux manières : 1° par les dérivatifs ; on a pour but ici de faire cesser l'activité excessive de la glande ; 2° par l'amputation de la mamelle.

Pour que le premier mode de traitement ait de l'efficacité, il faut que l'on puisse l'appliquer au début de la maladie, quand la jeune fille qui se forme perçoit un picotement et quelquefois un pincement avec sensation de plénitude dans une mamelle. Lors même que ces symptômes ne se montrent pas, il se manifeste, à cette époque, dans la mamelle affectée, une augmentation plus rapide de volume, qui indique le moment critique auquel, toutes choses égales d'ailleurs, on peut le mieux espérer d'obtenir la guérison. Mais si les règles n'ont pas encore paru, l'accroissement commençant de la glande est le seul phénomène que signale cette période, qui passe si souvent inaperçue, où l'on peut prévenir la maladie par l'emploi d'un traitement énergique.

Chez les sujets sanguins, forts, bien nourris, et particulièrement chez ceux dont les mamelles offrent une disposition à la congestion, le traitement anti-phlogistique est indiqué. Pour remplir cette indication, on pratique la saignée du pied, à titre de dérivatif ; on administre à l'intérieur le nitrate de potasse, et l'on applique extérieurement sur la tumeur le camphre, qui exerce une action extrêmement favo-

rable ; on prescrit en outre une diète végétale et peu substantielle, et l'on a soin d'écarter toutes les influences qui peuvent tendre à stimuler l'activité anormale qui s'est développée dans la mamelle.

Le plus souvent on ne réclame les secours de la médecine que quand la tuméfaction est déjà devenue très-remarquable. Alors il faut appliquer les moyens thérapeutiques sur la partie affectée, afin de produire une diminution de la tumeur et d'obtenir une guérison, sinon parfaite, au moins partielle. Dans ces circonstances, plus la malade est pléthorique, plus le traitement anti-phlogistique offre d'avantages. Le régime doit être végétal et peu réparateur. On doit aussi prendre en considération toutes les influences qui peuvent avoir, de quelque manière que ce soit, favorisé le développement de la maladie. A l'intérieur, on peut recourir à l'iode et à l'éponge brûlée; à l'extérieur, on emploiera les frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse ou d'hydriodate de mercure, et l'on fera recouvrir, dans les intervalles, la mamelle avec des compresses imprégnées de camphre. De temps en temps on applique de six à dix sangsues, dans le but de favoriser l'absorption de l'iode. On peut continuer ce traitement pendant trois ou quatre semaines, après lesquelles il est bon de faire une pause d'une quinzaine de jours. Pendant ce temps, on accorde à la malade un régime plus nourrissant, mais composé d'aliments faciles à digérer. Il faut veiller par-dessus tout à ce que la malade ne se surcharge pas de nourriture. Ensuite on reprend le traitement qui avait été suspendu, et on le continue de nouveau pendant quelques semaines. Dans l'administration de l'iode à l'intérieur, on doit surveiller avec attention les effets de ce médicament, qui sont susceptibles de varier beaucoup suivant les circonstances. Si l'on observe les symptômes qui annoncent que l'iode est administré avec trop d'abondance, il faut immédiatement en suspendre l'emploi. On doit prescrire alors des boissons délayantes et mucilagineuses à

haute dose. Quand les symptômes ont perdu une partie de leur violence, on doit recourir aux moyens anti-phlogistiques. Dès qu'ils ont disparu, on peut donner avec avantage une émulsion camphrée. Les résultats en seront surtout favorables, si les accidents inflammatoires se sont développés sous l'influence du froid. Chez plusieurs personnes, les symptômes causés par l'iode sont plus intenses et se développent plus rapidement après l'usage intérieur de ce médicament qu'après son application externe. C'est ce qui m'a engagé à employer, de préférence, la pommade et les bains iodés, chez les personnes que j'ai traitées récemment. Toutefois, ce procédé ne produit pas toujours ce qu'on en attend.

Si l'hypertrophie est sur le point d'arriver ou est déjà arrivée à son plein développement, on peut encore espérer de sauver la malade et d'opérer une cure radicale, en pratiquant l'amputation de la mamelle.

Les moyens de traitement qui viennent d'être indiqués ne doivent être employés que lorsque la santé générale est dans un bon état. Si la maladie est trop avancée, si l'amputation est contre-indiquée, il faut se borner à un traitement palliatif, dans lequel un appareil propre à soutenir la mamelle entre en première ligne.

Dans la pensée qu'en développant une sécrétion active dans la mamelle hypertrophiée, on pourrait, sinon faire cesser le mal complètement, au moins favoriser l'action des autres moyens employés, j'ai fait des tentatives pour faire naître la sécrétion du lait. Dans mes premiers essais, le résultat parut diamétralement opposé à celui que j'attendais : la tuméfaction de la mamelle prit de l'accroissement; mais la suite me démontra que cet accroissement n'était que temporaire, et qu'on devait l'attribuer à l'augmentation des fonctions de la glande. Les observations qui sont détaillées ci-après donneront une idée de ce mode de traitement.

Obs. IIe. — E. B. âgée de 17 ans, avait depuis un an une tuméfac-

tion indolente de la mamelle droite, qui avait fait des progrès remarquables depuis deux mois. Cet accroissement plus rapide ayant rendu la tumeur incommode, la malade se décida à consulter un médecin; elle avait souvent ressenti, à l'époque des règles, une sensation d'oppression et de plénitude dans la mamelle affectée. La température de la mamelle ne s'était jamais modifiée. A une époque moins avancée de la maladie, on avait employé avec assez de persévérance le mercure jusqu'à salivation, puis l'éponge brûlée, les saignées locales à plusieurs fois, et des fomentations spiritueuses. Ce traitement n'avait produit aucun bon effet; la tuméfaction avait continué à faire des progrès, de telle sorte qu'enfin, lorsque je vis la malade, la mamelle avait un volume presque double de celui de la mamelle gauche qui était encore saine. L'exploration de la malade me fit reconnaître les caractères suivants: la tumeur était partout molle et sans tension; on pouvait la mouvoir sans déterminer de douleur; à un examen plus profond, elle parut inégale à sa surface, mais non bosselée. Les saillies manifestes qu'elle présentait au toucher n'étaient pas dures, cependant elles offraient une certaine résistance. Ces saillies étaient constituées par les lobes de la glande qui avaient acquis un volume plusieurs fois aussi considérable que celui qui leur est naturel, et qui, sous l'influence d'une forte pression, causaient à la malade une sensation désagréable. A l'époque des règles qui paraissaient encore, la tuméfaction de la mamelle augmentait très-rapidement, et la malade y éprouvait une sorte de pression et de chaleur qui cependant ne l'incommodait pas beaucoup. Après les règles, cette augmentation subite et accidentelle de volume se dissipait presque entièrement, et en même temps, la sensation de chaleur et de pression disparaissait. Les veines cutanées de la mamelle affectée étaient dilatées, et donnaient à la mamelle une teinte bleuâtre. Sous tous les autres rapports, la couleur et la température ne différaient point de l'état normal; l'aréole était large, un peu foncée en couleur; le mamelon était à l'état normal. La malade était forte et bien conformée, sa santé générale était intacte. L'inefficacité de l'éponge calcinée à une époque moins avancée de la maladie ne permettait guère de compter sur l'emploi de l'iode. Cependant, je me déterminai à y recourir, avant d'essayer tout autre moyen; mais je l'appliquai à l'extérieur, et je fis faire sur la mamelle des frictions avec une pommade d'iodure de mercure, en même temps que je prescrivis des saignées locales. Après vingt-quatre jours de ce traitement, je ne trouvai aucun résultat qui pût m'engager à le continuer plus

long-temps. La malade étant fatiguée de toutes les tentatives inutiles qui avaient été faites jusque là, je me décidai à appliquer le moyen dont j'ai parlé plus haut. J'éprouvai les plus grandes difficultés pour exciter la sécrétion du lait dans cette mamelle. Pendant quatorze jours de suite, mes efforts furent vains. Enfin, le seizième jour, quelques gouttes d'un liquide aqueux, trouble, tombèrent du mamelon dans l'appareil disposé pour le recevoir. Par suite de ces efforts, qui sans aucun doute avaient dû exercer une influence irritante sur la glande mammaire, la tuméfaction augmenta un peu et la malade se plaignit souvent d'un tiraillement particulier, d'une constriction dans la mamelle, et d'une sensation de chaleur qui se manifestait brusquement et disparaissait avec beaucoup de promptitude. Pendant tout ce temps, la mamelle resta sans douleur. La sécrétion du lait prit un tel accroissement, que l'on appliqua la bouteille (*Schrœpfkaph*) deux fois par jour, avec succès. Au bout de trois semaines, la tumeur avait diminué d'une manière peu remarquable, mais très-évidente. Je prescrivis alors un bain iodé tous les cinq jours, un bandage pour supporter la mamelle; et comme les sécrétions ainsi que les excrétions s'exécutaient toutes normalement, je ne prescrivis aucun traitement intérieur, mais je recommandai une diète végétale et un exercice modéré en plein air. Ce mode de traitement fut continué régulièrement pendant un mois, et alors je m'aperçus que la tuméfaction causée par les moyens employés pour faire naître la sécrétion du lait, avait diminué d'une manière remarquable. Les sensations qui viennent d'être indiquées avaient disparu par degré, et avaient été remplacées par une sensation de plénitude qui n'était perçue que lorsque la mamelle était pleine de lait, et qui, à certaines époques, portait la malade à demander l'appareil. On continua les bains d'iode, mais à un intervalle de dix jours, et rien ne fut changé dans le régime. Plusieurs semaines après cette époque, la sécrétion du lait avait complètement cessé; on avait employé dans ce but l'eau distillée d'amandes amères. La mamelle avait repris, à peu de chose près, son volume naturel. Cependant en la mesurant de sa partie supérieure au mamelon, on trouva qu'elle dépassait encore d'un pouce celle du côté gauche. Je fis cesser les bains d'iode, qui, dans les derniers temps, avaient été éloignés davantage. A cette époque, l'aréole avait une couleur plus foncée et une étendue plus grande qu'à l'ordinaire. Le palper ne faisait rien reconnaître d'anormal dans la glande mammaire.

Obs. IIIe. — M. K. âgée de 16 ans, délicate et pâle, mais bien portante, m'a consulté au printemps de l'année 1833, pour une tuméfaction indolente de la mamelle droite qui existait depuis dix-huit mois. Cette mamelle avait été comprimée par une balustrade sur laquelle la malade s'était inclinée. C'est à cet accident que cette dernière attribuait son affection. On appliqua des sangsues; loin de diminuer, la circonférence de la tumeur sembla augmenter beaucoup, et sa forme arrondie fut remplacée par une forme un peu allongée. Cependant aucune douleur ne se manifesta. La malade s'adressa alors à un homœopathe, qui l'amusa pendant deux mois avec ses gouttes tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Une amie qui, dans un cas semblable, s'en était bien trouvée, lui conseilla de faire des applications répétées de sangsues. En conséquence, elle plaça quatre sangsues, tous les cinq jours, pendant trois semaines, mais la tumeur ne diminua point. La malade s'adressa alors à un médecin qui prescrivit des fomentations spiritueuses, des frictions avec une pommade et des laxatifs à l'intérieur. Ce traitement n'eut aucune efficacité; la tuméfaction ne cessa point de faire des progrès. Désespérant presque d'obtenir une guérison, la malade se décida à abandonner tout moyen de traitement, et elle resta sans rien faire jusqu'à sa menstruation suivante, c'est-à-dire pendant plus de trois semaines. A cette époque, il se fit dans la tumeur un remarquable changement. Elle grossit plus rapidement, acquit un volume considérable, devint plus molle à sa partie supérieure, tandis que sa partie inférieure prit une circonférence beaucoup plus étendue. De temps en temps elle éprouvait une sensation de tiraillement et de plénitude qui disparaissait promptement. La mamelle était aussi le siége d'une sensation de chaleur fugace, qui se reproduisait très-irrégulièrement.

C'est alors que je vis la malade. La tuméfaction durait depuis environ dix-huit mois, et, à l'exception des circonstances accidentelles ci-dessus mentionnées, elle n'avait causé que peu de gêne. La mamelle malade était presque deux fois aussi volumineuse que la mamelle saine. La santé générale était bonne; toutes les fonctions étaient régulières, excepté l'écoulement des règles qui, depuis deux mois, était devenu peu abondant et irrégulier; il y avait aussi de la constipation. En outre, la malade était extrêmement irritable, ce qui rendait le traitement très-difficile. Je prescrivis une émulsion huileuse pour abattre la constipation, et des bains iodés deux fois par semaine. Je recommandai un régime très-doux choisi dans le règne végétal, une société agréable et un exercice modéré en plein

air. Au bout d'une quinzaine de jours, l'extrême irritabilité de la malade avait beaucoup diminué; elle était gaie et se sentait mieux. J'osai alors mettre à exécution mon mode de traitement; j'excitai peu à peu la sécrétion du lait. Ce but fut atteint, contre mon attente, au bout de trois semaines. Les bains iodés, qui avaient été suspendus pendant ce temps, furent repris deux fois par semaine. En outre j'insistai sur l'emploi d'un exercice modéré en plein air et de la diète végétale déjà prescrite. Ce plan de traitement fut continué avec persévérance et exactitude, et je vis avec plaisir, au bout de sept semaines, que la tumeur avait perdu un pouce de circonférence. Cette diminution se manifesta de plus en plus, de sorte qu'au bout de onze semaines, je pus ralentir peu à peu la sécrétion du lait et accorder un régime un peu plus solide. On continua les bains d'iode; la tumeur diminua graduellement; et bien que la mamelle droite fût encore un peu plus grosse que la gauche, je jugeai convenable d'abandonner les choses à elles-mêmes. En conséquence, tous les moyens de traitement furent mis de côté; la malade reprit son genre de vie habituel; et, comme la mamelle était encore un peu tuméfiée, je recommandai d'éviter avec un soin tout particulier toute pression, toute cause d'irritation de la partie affectée. J'espérais voir disparaître bientôt de lui-même ce reste de tuméfaction; mais la mamelle affectée resta toujours un peu plus grosse que la gauche; et une nouvelle tentative faite plus tard dans le but de faire disparaître cette légère augmentation de volume, échoua complètement.

Observation d'un ostéo-sarcome, parvenu à un développement énorme ; précédée et suivie de réflexions et de l'analyse chimique du liquide abondant qui l'accompagnait, par A. Toulmouche D. M. P. à Rennes.

La science n'est pas tant dans les faits que dans la manière de les observer. Assez de chirurgiens ont écrit sur les maladies de nos tissus et sur les symptômes qui se manifestent pendant leur durée; mais il en est peu dont les recherches en anatomie pathologique aient été assez complètes pour ne rien laisser à désirer. Parmi un grand nombre d'exemples, je me conten-

terai de citer les maladies des systèmes osseux et aponévrotique. La nature de leurs désorganisations a jusqu'ici échappé à des examens faits peut-être un peu trop superficiellement. Je ne mets pas en doute que si l'on eût apporté à leur étude le même esprit investigateur qu'à la recherche des lésions de quelques autres appareils organiques, on ne fût parvenu à des résultats aussi positifs. En publiant l'observation suivante, j'ai surtout eu en vue d'appliquer l'analyse chimique à la connaissance du mode de décomposition que peuvent subir les tissus dans la maladie connue sous le nom d'ostéo-sarcome, de faire connaître les propriétés qu'acquièrent les fluides résultant du travail désorganisateur qui constitue cette affection, d'engager les médecins à faire des essais qui, s'ils ne sont pas toujours concluants, pourront néanmoins mettre sur la voie pour pénétrer un jour le mystère des diathèses cancéreuses; enfin, de comparer les divers symptômes observés dans ce cas avec ceux assignés par les auteurs, et d'en tirer quelques inductions pratiques.

Je pense que la pathologie fournira toujours plus de lumières à la science que toutes les expériences qu'on pourra tenter sur les animaux vivants; car la nature procède autrement que nous lorsqu'elle veut mettre en évidence la structure intime des organes, et nos moyens grossiers d'expérimentation n'ont rien de comparable à ceux qu'elle emploie quand elle établit un travail morbide propre à isoler tel ou tel composant, ou à le convertir en un nouveau tissu ayant ou non son analogue dans l'économie animale.

Observat. — André Guesdon, laboureur, âgé de 35 ans, natif de Vitré, bien musclé et d'une forte constitution, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il y a un an, il se présenta à l'hôpital de Rennes pour une coxalgie du côté gauche, qui fut combattue par le repos et l'application de plusieurs moxas autour de l'articulation malade. Il sortit, se croyant assez bien pour reprendre ses occupations. Au bout de quelques mois, la partie supérieure de la cuisse et le pourtour de l'articulation se tuméfièrent, et néanmoins ce malheureux continua à marcher à l'aide de béquilles. Le gonfle-

ment s'étendit de plus en plus, finit par envahir la presque totalité du membre, et enfin devint tel, que Guesdon se fit ramener à Rennes en charrette.

Entré le 7 août 1828 à l'hôpital St.-Ives, il offrit à notre examen une tumeur énorme de la cuisse gauche, s'étendant depuis le pli de l'aine jusqu'au-dessus de la rotule où elle se terminait d'nne manière fusiforme, ayant dans ce diamètre vertical 3 pieds 4 pouces, tandis que le transversal était de 3 à la partie supérieure du membre, et excédait de 8 pouces la grosseur du corps de l'individu. La peau qui la recouvrait était tendue, rouge, rénittente, et laissait sentir une fluctnation profonde, en même temps qu'on éprouvait la sensation de l'élasticité propre aux tissus emphysémateux. Le malade se levait encore et se promenait même dans les salles, en s'aidant de béquilles. Il conservait de l'appétit, ne se plaignait qu'un peu de l'estomac, était sans fièvre, et demandait instamment à être opéré. Après avoir examiné et palpé attentivement la tumeur, il fut résolu qu'on ferait une ponction explorative à la partie postérieure, supérieure et externe de la cuisse, endroit où la fluctuation se faisait le plus sentir, et où la peau semblait le plus amincie. Celle-ci pratiquée donna issue à plus de six livres d'un liquide séreux, sanguinolent, trouble, mêlé de grumeaux comme fibrineux, et qui s'écoulait d'autant plus abondamment qu'on comprimait davantage la circonférence de la cuisse. L'opéré plein de courage, voulut retourner de son pied à son lit; mais lorsqu'il commença à marcher, il se sentit trop faible, et fut obligé de s'y faire porter. Il y eut un pen de soulagement le premier jour. Le soir, Guesdon souffrait beaucoup, disait éprouver une forte distension dans la cuisse et la sensation d'un liquide qui du ventre coulerait dans celle-ci, en sorte qu'il demandait avec instance qu'on y pratiquât une nouvelle ponction. Il expira vers une heure de la nuit. Dix heures après, la tumeur fut dessinée; mais déjà il existait des signes de putréfaction très-prononcée, puisque la presque totalité du corps était fortement emphysémateuse, la peau recouverte de quelques phlyctènes ichoreuses, très tendue, et l'odeur infecte.

Analyse chimique du liquide.

1° Couleur rouge obscure;

2° Odeur presque nulle et peu caractérisée à l'état frais;

3° Consistance et aspect de mélasse, coulant à la manière du blanc d'œuf.

4° Exposé dans une capsule à l'air, pendant douze heures, ce liquide acquit une odeur spermatique très-prononcée et fétide, qui passa plus tard celle de à la putréfaction et devint insupportable.

5° Il rougissait la teinture de tournesol, et la couleur rouge n'était point due au mélange de la sienne avec celle de la teinture; car cette dernière ajoutée en excès ne changeait rien à la nuance contractée.

6° Pesanteur spécifique, un peu plus de 1,030.

7° Long-temps battu avec une verge d'osier, on ne put y reconnaître d'indice de fibrine, et le liquide se convertit presque tout en écume albuminense.

8° Uni à une petite quantité d'eau, et soumis à une chaleur de 400° centigr., il se coagula presqu'entièrement, en enveloppant le principe colorant. Par la filtration, on ne recueillit presque que la quantité d'eau interposée.

9° Le liquide filtré était très-peu coloré et rougissait encore l'hydrolé de tournesol.

10° Par l'ammoniaque il devenait plus fluide.

11° Par l'alcool à 46°, il se coagulait, tandis que la coagulation était passagère si le même réactif était affaibli.

12° Par le chlorure de potasse, point de coagulum, mais très-légère décoloration.

13° Par le chlorure de chaux, coagulation et décoloration. Cette dernière était rendue plus complète lorsqu'on employait l'acide sulfurique.

14° Par le repos, et surtout lorsqu'on l'avait étendu d'eau, le liquide laissait déposer de petits flocons d'une substance blanche d'un aspect gélatineux. Lavée à l'eau froide, cette dernière a été presque débarrassée de la matière colorante. Mise dans l'alcool, elle a un peu diminué de volume et s'est raccornie. L'ammoniaque l'a ramollie, mais non dissoute entièremont, ce qu'a fait l'acide sulfurique concentré; enfin, en y ajoutant de l'eau distillée, il l'a laissée se précipiter en partie.

D'après cet exposé d'essais trop peu nombreux et l'inspection très-attentive des matières, on peut conclure que le liquide examiné contenait :

1° Une très grande quantité d'albumine;

2° Une petite quantité de la matière colorante du sang dans un état d'altération;

3° Une grande quantité de sérosité offrant quelques traces d'un acide animal libre (Peut-être l'acide urique?)

4° Un peu de gélatine altérée unie à une certaine quantité de matière grasse.

Autopsie cadavérique faite 22 heures après la mort par une température de 20° thermomètre de Réaumur. — Le visage était d'une couleur rouge livide et gorgé de sang dans son réseau capillaire. Des gaz s'échappaient continuellement par la bouche, en soulevant des bulles formées par des mucosités sanguinolentes et spumeuses. On observait tous les signes d'une putréfaction avancée; aussi le corps était-il généralement très-emphysémateux, distendu, et rendait-il un son tympanique par la percussion.

Crâne.— Téguments d'une couleur noirâtre, distendus par l'air et infiltrés de sérosité sanguinolente. Os épais, surtout l'occipital, qui pouvait bien avoir trois lignes. Sinus et vaisseaux de la dure-mère peu distendus. —Traces aucunes d'arachnitis sur toute la face supérieure de l'hémisphère cérébral gauche où la séreuse était blanchâtre, un peu épaissie et adhérente à la dure-mère.—Ces circonvolutions du cerveau se dessinaient d'une manière marquée et étaient très-résistantes. Il ne suintait pas de gouttelettes sanguines à la section. Les ventricules contenaient une once d'une sérosité limpide. Les pédoncules et la protubérance annulaire avaient une fermeté remarquable; la direction de leurs fibres était très-marquée. La portion d'arachnoïde qui tapisse ces parties était d'une couleur rouge assez intense et un peu épaissie.

Thorax. — En pénétrant dans la cavité des plèvres, il en sortit des gaz avec sifflement. Les deux poumons étaient parfaitement crépitants. Leur tissu, un peu œdémateux, était atteint d'emphysème. Entre la surface externe du droit et la portion de plèvre costale correspondante, existaient des fausses membranes parfaitement organisées qui offraient de la résistance lorsqu'on voulait les rompre. (Traces d'ancienne pleurésie.) Le péricarde ne contenait pas de sérosité: le cœur était plus gros que le poing du sujet, d'un tissu jaunâtre, molasse et facile à déchirer. Les parois du ventricule gauche pouvaient avoir trois à quatre lignes d'épaisseur, et celles du droit tout au plus deux. La membrane interne de ce dernier et celle de l'oreillette correspondante était d'une teinte couleur rouge foncée.

Abdomen. — Sa cavité était très-distendue par des gaz, ainsi que celle des intestins et principalement des gros. L'estomac, d'une assez vaste capacité, présentait une rougeur générale de sa membrane muqueuse, laquelle ne disparaissait pas par les lavages. Cette dernière était en outre gonflée et ramollie. On rencontrait dans

quelques points des emphysèmes sous-muqueux partiels et circonscrits, surtout au pourtour de l'orifice pylorique. L'état phlegmasique s'étendait au duodénum et çà et là au reste des intestins grêles. On remarquait que les points où la rougeur était le plus intense, étaient précisément ceux où l'on rencontrait des vers lombrics. On ne trouva, vers la fin de l'iléon et dans le cœcum aucune ulcération. Les gros intestins étaient sains. Le foie était très-volumineux, son tissu d'un vert brunâtre et friable; les parois de la vésicule, évidemment épaissies et d'une couleur blanche, se détachaient fortement sur la couleur foncée du foie. Sa face interne était colorée en jaune et en contact avec un liquide citrin. La rate était dans l'état naturel, ainsi que les reins et la vessie, qui baignait comme dans un liquide purulent.

Examen de la tumeur de la cuisse. — Ses dimensions effrayantes avaient encore augmenté par suite de l'emphysème général que la putréfaction avait développé. Il s'écoula, par une incision faite à la partie externe plus de 8 à 10 pintes d'un liquide sanguinolent, contenant un grand nombre de grumeaux ressemblant à des *detritus* de fibrine. En l'aggrandissant et la prolongeant dans toute la longueur du membre, on parvint dans une cavité vaste, irrégulière, anfractueuse dans ses deux tiers supérieurs, plus lisse et d'une surface plus égale dans l'inférieur, où il s'était organisé une espèce de kyste étendu faisant paroi. Il était formé d'une membrane épaisse d'une ligne, en dehors de laquelle on rencontrait des débris de l'aponévrose fémorale, une couche de tissu cellulaire épaisse d'un pouce et demi, et enfin la peau recouverte de larges phlyctènes, résultat de la décomposition cadavérique. La partie supérieure et postérieure de cette immense cavité était formée et tapissée, dans ses deux tiers supérieurs, de masses irrégulières d'un tissu rougeâtre, grumeleux, friable, comme feutré dans quelques points, ramolli, et de consistance de la matière du cancer cérébriforme parvenu au troisième degré dans d'autres, et en outre ayant évidemment une odeur fortement cancéreuse. On apercevait des espèces de brides celluleuses réunissant ces débris rougeâtres et ayant l'apparence de fibrine décomposée. On rencontrait çà et là, au milieu de ceux-ci, des portions de fémur isolées, à surface inégale, hérissées d'aiguilles osseuses qui étaient comme intriquées dans cet amas de *detritus*, et qui tenaient les unes aux autres par des restes de membranes cellulo-aponévrotiques.

En imprimant un mouvement en dedans au membre, le fémur se rompit avec la plus grande facilité à la réunion de son tiers supérieur

avec les deux inférieurs. Dans cet endroit il prenait un élargissement marqué, dont la circonférence très-amincie avait la forme de lames osseuses d'inégale longueur, irrégulières et se terminant en pointes plus ou moins aiguës. La cavité de l'os, tout-à-fait confondue avec les parties malades voisines, ne laissait apercevoir aucune traces de la moelle, qui probablement avait été désorganisée et devait baigner dans le liquide épanché.

Le fémur était gonflé et comme nécrosé, à deux pouces et demi au-dessus des condyles. Dans cet endroit et à la face antérieure existait une fissure profonde et oblique de dehors en dedans, qui communiquait avec la cavité de l'os.

Le tiers supérieur de ce dernier était resté enseveli au milieu des parties désorganisées. Après en avoir été détaché avec facilité, il montra sa surface comme usée, macérée et hérissée d'aspérités, tandis que la tête du fémur, à moitié absorbée, était très-rugueuse et d'une couleur rouge foncée.

La cavité cotyloïde, très-élargie par la carie et dépouillée de son fibro-cartilage était pleine d'inégalités et devait baigner dans le liquide contenu dans la cuisse. Le ligament inférieur qui la complète était resté intact au milieu de tant de ravages. Le nerf fémoro-poplité, coloré par le sang et le voisinage de tissus aussi décomposés, ou peut être atteint lui-même d'inflammation, eût été immédiatement en contact avec eux, si la nature n'eût pris soin de le protéger par l'espèce de membrane épaisse qui formait la paroi postérieure de cette vaste poche. L'artère fémorale très-saine traversait la partie antérieure, supérieure et interne de la cuisse et s'enfonçait inférieurement dans le troisième adducteur encore reconnaissable. Il paraît néanmoins que quelqu'une de ses branches avait été ouverte par érosion ou autrement, à en juger par les caillots de fibrine et de sang coagulé et la couleur rouge intense du liquide contenu dans la tumeur.

En général, l'aponévrose *fascia lata* et les muscles de la partie interne de la cuisse étaient moins désorganisés et pouvaient encore être reconnus, tandisqu'à la partie supérieure, postérieure et externe, les tissus confondus ensemble étaient en décomposition, lardacés, d'une couleur verdâtre et macérés de pus ou de matière cérébriforme ramollie.

Les muscles de l'excavation du petit bassin surtout étaient décolorés et comme infiltrés de pus.

La ligne âpre du fémur formait, vers la partie supérieure, une erête osseuse très-détachée et saillante de deux à trois lignes. Les condyles étaient sains, de même que le tibia et le péroné; tandis

que les parties ligamenteuses qui entourent l'articulation fémoro-tibiale étaient gonflées et les téguments qui les recouvrent, de même que ceux du reste de la jambe, très-distendus par de la sérosité.

Les muscles de la jambe étaient légèrement atrophiés par suite de leur longue inaction. Les glandes inguinales étaient engorgées.

La disposition primitive qui donne lieu à l'ostéo-sarcome est aussi inconnue dans sa nature que celle qui produit le cancer des parties molles. La maladie survint ici sans causes connues, à moins que la coxalgie n'en ait été une déterminante chez un sujet qui pouvait être prédisposé à une affection grave. Elle commença par un gonflement de la partie supérieure du fémur et du périoste, malgré qu'à l'ouverture du cadavre on ne retrouva çà et là que quelques débris de cette dernière membrane. Le tissu de l'os dut se ramollir et s'étendre à mesure que le mal faisait des progrès. On vérifia en effet cette assertion en dégageant le fémur. Un peu audessus de la partie moyenne de la cuisse, la tumeur devint sphéroïde plus tard, et inférieurement fusiforme, plus dure dans quelques points, moins dans d'autres; enfin elle se ramollit et devint saillante à la partie externe, de manière que la mollesse de l'os permit d'y sentir une fluctuation profonde, mais manifeste

Le fluide qui s'écoula par la canule de l'instrument qui avait servi à faire la ponction, avait aussi les caractères de celui de l'ostéo-sarcôme, puisqu'il était rousseâtre et sanguinolent. Les muscles environnants n'avaient plus leurs rapports naturels, s'étaient amincis, élargis, avaient perdu la faculté de de mouvoir les os auxquels ils s'attachent, et enfin étaient devenus pâles et comme lardacés.

Si, dans le cas dont il s'agit, on ne trouva pas l'intérieur de la tumeur disposé de la manière décrite par les auteurs d'anatomie pathologique, on doit attribuer la différence au développement prodigieux auquel était parvenue la maladie

Ainsi le périoste, au lieu d'être épais d'une ligne ou deux, d'être très-distendu et d'avoir son apparence fibreuse, ne pouvait être distingué au milieu d'une désorganisation aussi étendue. A peine en retrouvait-on quelques indices dans les lamelles fibreuses disséminées au milieu des masses de la substance rougeâtre décrite.

Les veines et les artères, ordinairement très-dilatées, avaient également cédé à la destruction, et il en était résulté un vaste épanchement de sang, comme les caillots fibrineux trouvés en si grande abondance et la teinte rouge foncé du liquide en faisaient foi, et comme la mort si prompte de l'opéré achève de le prouver ; car je ne mets pas en doute qu'il ne succomba à l'hémorrhagie subite si abondante qui s'effectua dans la tumeur, après qu'on l'eût vidée en grande partie par une ponction.

Au lieu d'une légère couche osseuse renfermant dans son intérieur une matière jaunâtre, traversée par des bandes fibreuses et par des lames osseuses compressibles et élastiques, et dans quelques points, des foyers remplis d'un fluide roussâtre, on ne trouvait çà et là que des portions de fémur isolées, rugueuses, se terminant par des esquilles plus ou moins pointues et longues, retenues par des parties d'aponévrose ou de de périoste, plongées au milieu des masses carnifiées rouges et friables décrites, et d'un liquide trouble et très-sanguinolent. Cependant, à la partie moyenne supérieure et centrale de cette désorganisation, on reconnaissait très-bien la matière cérébriforme ramollie. Si ces foyers furent rencontrés aussi vastes, c'est que les progrès de la tumeur avaient été d'une rapidité effrayante.

La différence d'apparence des tissus malades dut dépendre de la combinaison de la partie colorante du sang ou de la fibrine elle-même avec ceux-ci ; car je ne mets pas en doute qu'il ne soit survenu, à une époque que je ne peux assigner,

une ou plusieurs hémorrhagies internes, par suite de la destruction de quelque branche de l'artère crurale.

Le tissu de l'os avait été converti, dans son enveloppe extérieure, en une substance grisâtre dans quelques points, jaunâtre dans d'autres. Les muscles, les tendons, le périoste et les ligaments étaient confondus et altérés dans toute la partie postérieure et externe du membre, et avaient subi une dégénérescence cancéreuse.

Il est probable que, chez cet homme très-robuste, qui n'avait jamais contracté de maladie grave, et qui avait toujours vécu avec la régularité et la sobriété ordinaires aux gens de la campagne, l'affection se développa sous l'aetion directe du virus cancéreux sur le tissu osseux.

Devait-on, dans le eas dont il s'agit, s'abstenir de toute opération? Je le pense; car la mort suivit de près la ponction pratiquée, et eertes le malade, qui avait résisté jusqu'alors d'une manière efficace aux progrès effrayants d'un mal aussi meurtrier, aurait pu prolonger encore quelque temps son existence : du moins l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire, la possibilité de marcher avec des béquilles, le défaut de fièvre hectique, la plénitude du sommeil, la persistance de l'appétit, malgré l'état phlegmasique de l'estomac, et enfin la structure, en quelque sorte, athlétique du sujet, portaient à le faire eroire.

Je rapprocherai de l'observation précédente le fait rapporté par le docteur Crampton (*The Dublin hospital reports and Communications in Medicine et Surgery, Tome IV.*, 1827), d'un homme âgé de 38 ans, qui, depuis 17 était affecté d'une tumeur sarcomateuse qui s'était développée à la partie supérieure du fémur, et qui n'en continua pas moins jusqu'à trois mois avant sa mort, à fréquenter la société, bien que la tumeur eût acquis un volume presqu'incroyable. En effet elle avait six pieds six pouces de circonférence.

Le cadavre, examiné le jour qui suivit la mort, montra tous les viscères parfaitement sains. La tumeur formait une vaste cavité; l'épaisseur de ses parois variait de 6 à 12 pouces ; elle contenait un liquide de couleur brune. Ses parois étaient formées par un tissu cartilagineux, solide, entremêlé de parties osseuses déposées par lames, aplaties sur la surface interne de la cavité.

L'augmentation de la tumeur avait été due au dépôt continuel d'une matière gélatineuse semi-transparente, dans des granulations volumineuses dont chacune avait environ un demi-pouce de diamètre, et qui avaient peu à peu augmenté de solidité et s'étaient transformées en une substance ressemblant au cartilage.

Dans le centre de chacune de ces granulations existait une petite tumeur osseuse arrondie.

Une partie de la tumeur avait dépassé le bord du bassin et pénétré dans sa cavité; mais le péritoine était intact et il n'existait aucune communication entre la cavité de la tumeur et les intestins. En effet elle ne s'étendait pas au-dessus de l'extrémité supérieure de la cuisse et était parfaitement circonscrite par les cartilages et les lames osseuses. Il ne restait plus que la tête du fémur et 4 pouces environ de son extrémité inférieure. Neanmoins les parois de la tumeur étaient tellement solides, que le malade pouvait supporter le poids de son corps, et même marcher, en s'appuyant sur le membre malade.

L'estomac qui paraissait complètement sain, contenait environ une pinte d'un liquide semblable par toutes ses qualités à celui de la tumeur.

La durée de cette maladie pendant 17 ans, sans qu'elle eût exercé aucune influence fâcheuse sur l'état général de la santé, sans avoir jamais été ulcérée, sans être dégénérée en fongus, jointe à l'absence de toute affection du système glandulaire ou des viscères, doit faire regarder cette lésion comme ayant été purement locale.

L'osteo-sarcome, malgré les travaux qui ont été publiés sur les maladies des os, est l'une de leurs altérations sur laquelle il règne encore le plus d'obscurité : aussi sa dénomination elle-même n'indique-t-elle qu'une comparaison vague établie entre le mode d'altération du tissu osseux et celui des parties molles, sans désigner spécialement aucun tissu. Cependant, en général, on emploie cette dénomination pour exprimer la conversion des os en matière encéphaloïde, suivie d'une destruction plus ou moins complète. Eh bien ! malgré cela, on n'en a pas moins décrit sous ce nom une foule d'altérations très-diverses par leur nature et leurs caractères physiques.

Ainsi l'os a l'aspect lardacé des tissus cancéreux dans le *spina ventosa* qu'on a si souvent confondu avec cette affection ; l'os conserve le plus souvent assez de solidité pour supporter le poids du corps et résister à des efforts assez considérables, et son tissu, quoique raréfié, offre néanmoins les caractères qui lui sont propres.

Ce n'est pas que cette dernière maladie ne puisse être jointe à l'autre ; mais alors *le spina ventosa* est comme enveloppé de tissus squirrheux et cancéreux, et leur coïncidence n'en est pas moins assez rare.

Je ne sache que Boyer qui en ait rapporté un exemple bien circonstancié dans son *Traité des maladies chirurgicales* (Tome III, p. 594) et M. Ollivier, dans les *Archives générales de médecine* (cahier d'avril 1829.). Dans l'observation du premier, une incision qui fut faite donna lieu, comme dans la nôtre, à l'issue de beaucoup de sang rouge dont on n'arrêta l'écoulement qu'à l'aide d'une compression forte et continue. La maladie datait depuis six mois. La plupart des muscles étaient convertis en tissu squirreux et encéphaloïde, creusé çà et là de vacuoles remplies de sérosité sanguinolente et d'une liqueur jaune et filante. La densité de la tumeur était d'autant

plus grande, qu'on l'examinait plus près de son centre, tandis que le contraire avait lieu dans l'observation que j'ai citée. Les os, en outre, n'étaient nullement ramollis, mais hérissés de fibres osseuses qui se perdaient insensiblement dans la substance cartilaginiforme du centre de la tumeur. Le *spina ventosa* précéda et sembla la cause de la dégénération squirrheuse.

En outre, comme chez André Guesdon, il n'avait pas existé de disposition héréditaire; la santé avait toujours été bonne jusqu'à l'époque où survinrent les premières douleurs dans le membre affecté, et on ne trouva sur aucun autre point du corps la moindre altération analogue. La maladie était purement locale, s'était développée dans l'espace de six mois, avait eu une marche rapide: une grande lenteur est, comme on le sait, un des caractères des maladies des os.

Suivant Scarpa, l'ostéo-sarcome n'est que le plus haut degré du *spina ventosa* et de l'exostose maligne, et la terminaison la plus grave de toutes les tumeurs des os. D'après lui, dans ces deux maladies, lorsque les os sont entièrement privés de leurs principes salins et terreux et qu'ils ont acquis la consistance des cartilages, ils dégénèrent par l'augmentation de l'irritation morbide en une matière sarcomateuse qui se développe tellement avec le temps, que toute la matière osseuse, lorsqu'il en existe encore, finit par disparaître, et que le parenchyme osseux devient si mou, qu'il ressemble à une substance albumineuse, gélatineuse, lardacée. Les artérioles se dilatent, charrient du sang pur, donnent à l'os ramolli l'aspect de chair rouge et fongueuse dans laquelle on sent quelquefois de véritables pulsations.

L'ostéo-sarcome ne serait donc qu'une dégénérescence squirrheuse des tissus qui tapissent les cavités osseuses. Ces tumeurs ne seraient qu'appliquées aux os, suivant d'autres auteurs, ne leur adhéreraient que peu, et pourraient même en être séparées.

On trouve le plus souvent au milieu de ces tissus hétérogènes des points de forme irrégulière et de consistance variable, qui sont jaunâtres tant que la tumeur n'offre pas de vastes foyers qui communiquent au dehors; car, dans cette dernière circonstance, on voit souvent ces masses qui ne sont autre chose que du pus plus ou moins concret, prendre des nuances très-variées, en même temps que le tissu lui-même change de consistance et de couleur, à la manière du squirre ulcéré depuis un temps plus ou moins long.

MM. Leblanc et Trousseau (*Recherches d'anat. path.* Arch. gén. de méd. t. XVIII) ont vu souvent des hémorrhagies s'effectuer dans l'ostéo-sarcome. Ils l'ont constaté chez des bœufs atteints de cette maladie, dont le centre s'était ramolli, de même que plusieurs points assez éloignés des uns des autres et séparés par du tissu squirrheux intact.

Mémoire extrait des leçons cliniques de M. VELPEAU *sur les tumeurs blanches; exposition nouvelle de ces maladies*, par Gustave JEANSELME.

L'obscurité dont restent entourées les *tumeurs blanches*, même depuis le travail intéressant de M. Brodie, avait depuis longtemps fixé l'attention de M. Velpeau. Depuis plusieurs années ce professeur aurait pu émettre les idées qu'on va lire; mais en chirurgien consciencieux et prudent, il a mieux aimé accumuler les faits. Ce n'est que lorsqu'il a été convaincu qu'ils étaient d'accord avec la théorie, qu'il en a fait le sujet d'une série de leçons qui ont attiré un nombre considérable d'auditeurs (docteurs et élèves). Témoin de cet empressement, j'ai

cru me rendre utile à la science, en publiant le résumé qu'on va lire.

Depuis le mois de novembre 1835 jusqu'au mois de mai 1837, cent-dix observations de maladies articulaires ont été recueillies dans le service de M. Velpeau à la Charité. Je voudrais pouvoir les rapporter toutes avec détail ; mais cela me conduirait évidemment trop loin. Je me bornerai donc à en relater quelques-unes.

M. Velpeau n'a pas entièrement élucidé ce point de pathologie chirurgicale. Il est même persuadé qu'il reste encore beaucoup à faire, mais il croit avoir mis les praticiens dans la bonne voie, et il invite les observateurs à l'aider dans ses nouvelles recherches.

Il est peu d'affections morbides qui aient autant occupé les chirurgiens que les *tumeurs blanches*. Il n'est peut-être pas une seule médication, tant externe qu'interne, qui n'ait été proposée contre ce genre de maladie. Cependant, il faut le dire, on n'est guère plus avancé de nos jours, sous ce rapport, que dans le siècle précédent. Une foule de remèdes ont été vantés et rejetés tour à tour ; chaque chirurgien a préconisé sa thérapeutique : mais rien n'a été éclairci. M. Velpeau s'est appliqué à rechercher quelle pouvait être la cause de cette confusion, et il a reconnu qu'elle tient surtout à ce que l'on confond sans cesse sous la dénomination de *tumeurs blanches* une foule d'affections différentes. Depuis quelques années, le vague de cette dénomination a enfin frappé les esprits : aussi a-t-on essayé d'en sortir, en désignant sous le nom d'*arthrites* toutes les maladies des articulations. « Pour moi, dit M. Velpeau, me conformant dans ce cas aux principes de M. Piorry, dont vous connaissez tous le zèle et l'ardeur scientifiques, je préférerais à ce nom celui d'*arthropathie*, qui ne désigne pas seulement, comme le mot *arthrite*, un état purement inflammatoire. Toutefois on comprend que cette dénomination elle-même serait insuffisante. Il y a, dans une

articulation, des élémens divers; par conséquent il peut y exister des maladies différentes qu'il faudrait désigner chacune par un nom particulier.

Toute articulation est composée de parties *molles* et de parties *dures*. De là deux grandes classes d'*arthropathies* bien distinctes. Dans chacune de ces classes on trouve des variétés qu'il est aussi très-important de bien distinguer. Ainsi, il ne faut point confondre, d'un côté, les affections des parties extra-capsulaires avec celles de la membrane, des ligamens, des pelotons synoviaux; de l'autre, il existe une différence notable entre les maladies des cartilages d'incrustation, et celles de la surface libre ou du parenchyme des os.

Nous aurons donc à étudier, d'après leur siége dans les parties molles, trois variétés de maladies articulaires: arthropathie *extra-capsulaire*, arthropathie *de la membrane synoviale*, et arthropathie *intra-capsulaire*. Dans l'étude des parties dures nous trouverons aussi trois nuances: Arthropathie *des cartilages d'incrustation*, arthropathie *de la surface des os*, arthropathie *du parenchyme des os*. Ces divisions faciliteront sans aucun doute l'étude des tumeurs blanches. Je dois prévenir que, dans ce que je vais dire sous le rapport du siége, j'entendrai principalement parler du début de la maladie, de son état élémentaire; car, après un temps plus ou moins long, tous les tissus qui composent l'articulation malade, finissent quelquefois par être affectés ensemble.

Comme, en parlant des tumeurs blanches, on a souvent en vue le genou, ce sera cette articulation qui nous servira d'exemple. Pour éviter les redites, je ne présenterai ici que des considérations générales sur la symptomatogie et le pronostic. Le diagnostic différentiel et le traitement seront principalement étudiés dans l'examen que nous ferons de chaque variété d'arthropathie.

Arthropathies des parties molles. — Dans cette classe, le

premier phénomène qui se présente est un gonflement suivi de quelque raideur ou de faiblesse dans l'articulation. Le gonflement peut exister plus ou moins longtemps avant que le malade éprouve de la douleur. Les mouvemens de l'articulation sont ordinairement engourdis. Légère ou vive, la douleur a cela de particulier qu'elle a son siége hors de la cavité synoviale, qu'elle est plutôt augmentée par la pression sur la peau que par le frottement des surfaces articulaires. L'absence ou le peu de douleur dans le début est cause que les malades ne viennent réclamer les secours de l'art qu'après plusieurs semaines. Alors on observe un gonflement plus ou moins irrégulier : la pression est quelquefois douloureuse ; le plus souvent elle ne l'est point. Au lit, les malades souffrent à peine et meuvent leur membre sans trop de difficulté. La rotule est ordinairement soulevée au-devant des condyles, et on observe, tout autour, des bosselures, des reliefs. Ces bosselures offrent tantôt une fluctuation franche qui annonce une collection de liquide épanché dans l'article, tantôt une fausse fluctuation, comme si l'on pressait entre les doigts un tissu mollasse, spongieux. A ces symptômes généraux on pourra diagnostiquer sûrement une arthropathie des parties molles. La théorie est ici entièrement d'accord avec les faits. En effet on conçoit que, si les cartilages d'incrustation et les os sont à l'état sain, les mouvements de l'articulation doivent être peu gênés. Les cartilages frottant librement les uns sur les autres, la douleur ne sera point ou fort peu augmentée par les mouvements de l'articulation.

Le pronostic est ordinairement favorable, pourvu toutefois que la maladie ne siége pas dans les parties situées en dedans de la capsule ; car alors on conçoit avec quelle facilité l'affection peut se communiquer aux cartilages et delà aux os. Je dois borner là ces généralités ; si j'allais plus avant, je serais obligé d'entrer dans des détails qui seront beaucoup mieux

placés dans l'étude que nous ferons des variétés de l'arthropathie.

Arthropathies des parties dures. — Ici les phénomènes morbides se développent dans un ordre inverse. Le malade éprouve pendant un temps plus ou moins long de la douleur, sans que le volume de l'articulation augmente. Cette douleur est plus ou moins sourde, plus ou moins continue, suivant que le siége du mal est dans le parenchyme ou à la surface des os. Dans le premier cas, elle s'exaspère pendant la nuit. Les mouvements de l'articulation sont très-douloureux ; mais, je dois le dire, cette douleur est encore modifiée par le siége du mal. A ces signes seuls on peut diagnostiquer sûrement une arthropathie qui a débuté par les parties dures, avant d'avoir examiné l'articulation. En effet, qu'un malade se présente à vous avec une arthropathie, et qu'il vous dise qu'il a éprouvé de la douleur pendant un plus ou moins longtemps avant d'avoir éprouvé du gonflement, que les mouvements de l'articulation exaspèrent cette douleur : vous pouvez diagnostiquer en toute sûreté que la maladie a débuté par les parties dures. Ce diagnostic, je le sais, ne sera pas complet ; mais il vous suffira pour porter un pronostic peu favorable. Ceux d'entre vous qui suivent mon service ont pu se convaincre plusieurs fois de la fidélité constante de ces signes.

Je dois dire avant d'aller plus loin, que dans les généralités que je viens de présenter, je n'ai en vue que les arthropathies chroniques. De plus, j'ai négligé d'indiquer les modifications imprimées à la maladie par la nature des causes qui l'ont produite ou qui l'entretiennent. Ainsi, je n'ai rien dit des influences rhumatismales, syphilitiques, goutteuses, scorbutiques ou scrofuleuses, attendu que ces causes générales doivent être prises en considération dans l'étude des artropathies, comme dans celle de toutes les autres maladies. Du reste, il est bien entendu que par le mot *arthopathie* j'entends ici toutes les maladies articulaires, et qu'il comprend par

conséquent l'arthrite proprement dite, soit aigüe, soit chronique, soit simple, soit composée. Si je mets de côté le rhumatisme proprement dit, la goutte et les arthrites aiguës simples, c'est qu'il en a été question dans une foule de bons ouvrages, et que je tiens surtout à m'appesantir sur les arthropathies chroniques qui se présentent le plus souvent dans nos salles, et que l'on décrit encore partout sous le nom impropre de tumeurs blanches.

§ Ier — *Arthropathies des parties molles.*

A. Arthropathie extrà-capsulaire. — Cette première espèce comprend plusieurs nuances qui sont loin d'offrir la même gravité.

Lorsque la maladie a son siége dans la couche sous-cutanée, à moins qu'elle soit essentiellement de mauvaise nature, il est rare qu'elle offre plus de dangers que sur la partie moyenne d'un membre. Aussi, la range-t-on à peine parmi les affections articulaires; ce n'est à proprement parler qu'une phlegmasie aiguë ou chronique, simple ou complexe, mais qui ne peut inquièter qu'autant qu'elle aurait quelque tendance à gagner l'intérieur de l'articulation. Cette lésion reconnait les mêmes causes, et se développe par le même mécanisme autour des articulations que partout ailleurs. Des froissements, des chutes, une violence extérieure quelconque, de même que des efforts spontanés de l'organisme, peuvent la produire. On la reconnait, soit à de la douleur, soit à du gonflement accompagné ou non de chaleur, soit à un empâtement phlegmasique ou œdémateux, soit à quelques bosselures appréciables aux doigts ou à la vue. Ces phénomènes se distinguent des symptômes semblables qui pourraient dépendre d'une affection plus profonde, en ce qu'ils donnent l'idée d'un épaississement des enveloppes articulaires, et non d'un épanchement dans la capsule; en ce que la pression occasionne ordinairement une douleur à peine augmentée pendant la marche, qui persiste lors-

que le malade est au lit, qu'il exécute ou non des mouvements; en ce qu'ils se comportent enfin comme si la maladie avait son siége dans toute autre région du corps, et de manière à laisser l'articulation complètement libre. Si la maladie n'est pas arrêtée, elle tend en général à se porter plutôt vers la peau que vers l'intérieur de l'articulation ; de sorte que s'il survient des abcès, ils s'ouvrent à l'extérieur, après avoir présenté les caractères d'une fluctuation franche, facile à distinguer de la fluctuation articulaire.

S'il s'agit de tumeurs, de tubercules, de masses cancéreuses ou de dégénérescences lardacées, c'est également vers l'intérieur qu'elles se portent, en laissant l'articulation libre. Il en résulte donc que ce genre d'arthropathie offre en général peu de gravité ; c'est à tel point qu'on pourrait en faire abstraction lorsqu'on s'occupe des maladies articulaires, si dans quelques cas il ne pouvait pas en imposer pour une lésion plus profonde, et si quelquefois il ne se transformait pas en véritable *arthropathie*. En effet, on conçoit qu'au lieu de gagner vers la peau, le travail pathologique puisse se propager du côté de la capsule. Alors, la maladie d'abord légère peut devenir extrêmement redoutable. C'est à cause de cette particularité surtout que je crois devoir établir une *arthropathie extrà-capsulaire*.

On se tromperait si l'on s'imaginait que les maladies de l'intérieur d'une articulation ont très-rarement cette origine. Il est évident qu'une phlegmasie chronique ou même aiguë, développée entre la peau et les couches fibreuses d'une articulation, peut dans certains cas s'étendre soit par degrés, soit par *bouffées*, d'abord au tissu cellulaire qui sépare les ligaments, puis à celui qui double l'extérieur de la capsule synoviale, et de là enfin à l'intérieur même de l'article. Une mauvaise constitution, des mouvemens intempestifs, des écarts de régime, une thérapeutique mal dirigée, sont les causes ordinaires de

cette fâcheuse transformation. Parmi les exemples que je pourrais vous en citer, vous n'oublierez pas le suivant :

Observ. — Vous avez observé, au numéro 32 de la salle Ste-Vierge, un homme âgé de 28 ans, qui nous est venu d'un service de médecine où il avait été traité pendant six semaines d'une angioleucite grave. Des émissions sanguines abondantes et nombreuses, un régime sévère n'avaient point empêché la maladie de se terminer par une foule de foyers purulents dans l'épaisseur du membre abdominal. Cet homme, d'une indocilité et d'une gloutonnerie remarquables, dont le ventre était ballonné, et qu'une diarrhée intarissable épuisait de plus en plus, en était il y a huit jours à une nouvelle période de sa maladie. Vous vous rappellez qu'après s'être en quelque sorte concentrée sur la jambe et vers le tiers inférieur de la cuisse, la maladie a semblé vouloir se fixer autour du genou. Là, en effet, il s'est établi un état phlegmasique, d'abord lent et indolent, ensuite subaigu, au point d'y amener de la suppuration. Vous avez remarqué enfin, qu'il y a quatre ou cinq jours l'articulation est devenue subitement très-douloureuse, et qu'elle a paru être le siège d'une violente inflammation, en même temps que la collection purulente se faisait jour au dehors. Dès lors, je vous l'ai dit, la phlegmasie sous-cutanée avait pénétré de dehors en dedans jusque dans l'intérieur de la capsule. Le malade a succombé hier. Vous voyez ici l'articulation : Il est facile de se convaincre, eu l'examinant, que le siège primitif du mal était en effet entre la peau et les éléments fibreux sur les côtés, et entre les ligaments, les tendons et l'aponévrose dans le creux du jarret, puisqu'il existe dans tous ces points un décollement étendu avec une fausse membrane muqueuse noirâtre, puis ailleurs des couches lardacées renfermant çà et là de petites collections purulentes. Enfin il y a, à la partie postérieure et en dehors du condyle externe du fémur, en dedans des tendons du muscle biceps, un trajet ulcéreux qui conduit directement dans l'articulation, laquelle est d'ailleurs remplie de matière purulente. Mais les os sont parfaitement sains : on ne trouve qu'une légère érosion de la face libre des cartilages.

Dans ce fait, on suit, si je ne me trompe, toutes les phases de la maladie avec la plus grande facilité : ainsi, lésion chronique d'abord en dehors de la capsule; le membre peut être allongé ou fléchi sans douleur manifeste : l'inflammation devient graduellement plus profonde ; l'idée d'une suppuration sourde se pré-

sente tout-à-coup ; la douleur devient excessivement aiguë, s'accompagne de réaction fébrile, de délire, de signes d'épanchement dans l'articulation, et indique que la vie du sujet est gravement compromise. La mort a lieu, et l'on voit à l'autopsie que la suppuration qui s'était maintenue quelque temps à l'extérieur a pénétré de proche en proche dans l'articulation, et que n'ayant pu exister qu'un jour ou deux, elle n'a produit qu'une légère altération des surfaces cartilagineuses. Or, ce que vous voyez ici à titre de complication, chez un sujet épuisé, se rencontre aussi comme maladie primitive et chez des individus de toute constitution, sous forme aiguë et sous forme chronique.

Le traitement de cette première variété est le même que celui de toutes les altérations du même genre qui pourraient se rencontrer sur d'autres régions du corps. A moins que la constitution du sujet ou la cause du mal ne présentent quelqu'indication spéciale, la thérapeutique doit être presqu'entièrement dirigée sur la partie affectée. S'il y a de la douleur et des signes d'irritation, on commencera par une application de 10 à 40 sangsues selon l'âge et les forces du sujet, mais de manière à les éparpiller sur toute la région altérée. Cela fait, on ordonnera un bain tiède d'une heure, puis on fera usage de cataplasmes émolliens renouvellés matin et soir pendant deux ou trois jours. Dans quelques cas, ces moyens seuls, répétés à des intervalles variables produisent en peu de temps une amélioration remarquable. Cependant le plus ordinairement la maladie resiste ; et il faut alors avoir recours à l'un des moyens suivants : une compression exacte, méthodiquement faite avec un bandage roulé, produit dans ces cas presque toujours et en très-peu de temps un résultat favorable ; le chirurgien doit donc y avoir recours s'il ne trouve pas de contre-indication. Si ce moyen ne peut pas être employé, on se trouve ordinairement bien des pommades d'hydriodate de potasse, d'iodure de plomb, ou même de la pommade mercurielle en frictions sur la partie malade.

Toutefois ces topiques sont loin de pouvoir être comparés, pour l'efficacité, aux vésicatoires volants employés d'une certaine façon, c'est-à-dire assez larges pour dépasser un peu les limites de l'engorgement et de la tuméfaction. Il est bien entendu que, selon les indications, on insistera plus ou moins sur l'un ou l'autre de ces remèdes. Le plus souvent il faut les essayer tous alternativement.

Dans cette variété d'arthropathie, les douches sulfureuses, alcalines et autres, seraient encore indiquées si la maladie était ancienne, et comme pour terminer la guérison, après l'emploi des moyens indiqués plus haut.

B. *Arthropathie capsulaire.* — S'il est vrai qu'eu égard au siége de la maladie, l'espèce dont je viens de vous entretenir mérite à peine le titre d'arthropathie, il n'en est plus de même de celle dont nous allons nous occuper. C'est en effet aux affections chroniques des tissus fibro-synoviaux que, depuis Wiseman, Raymar, et la plupart des chirurgiens du dernier siècle, on a spécialement donné le nom de *tumeurs blanches*. Cette espèce elle-même présente plusieurs nuances quant à son point de départ ; tantôt c'est en quelque sorte par la doublure cellulo-fibreuse de la capsule que commence l'état morbide, tandis que d'autres fois c'est bien réellement par la face interne de la cavité séreuse articulaire. Le raisonnement indique, et l'observation démontre que l'artrhopathie offre alors quelques différences dans ses symptômes et dans sa marche. Du reste l'arthropathie capsulaire reconnait deux ordres de causes bien distinctes : elle se développe tantôt sous l'influence d'une violence extérieure, tantôt par suite d'une disposition générale de l'économie.

1° *Violences extérieures.* — Toutes les fois que, par un faux pas, une inflexion ou une extension outrées, un renverversement, une torsion quelconques, il survient un état morbide de l'articulation, on le désigne ou on peut le désigner par le mot *entorse.* Ce mot, on le devine assez, est tout

aussi vague , tout aussi impropre que celui de *tumeurs blanches* , attendu que la maladie peut être constituée tantôt par un simple tiraillement sans rupture de tissus , tantôt par la déchirure de quelques lamelles celluleuses ou de quelques vaisseaux ; tantôt par un épanchement ou une infiltration plus ou moins considérable à l'intérieur ou à l'extérieur de l'article ; tantôt par un véritable arrachement d'une partie plus ou moins étendue de la capsule synoviale ou des ligaments, lésions qui, comme on le comprend, sont loin de présenter toutes la même gravité. Mais il n'en est pas moins vrai que les entorses portent généralement sur les tissus celluleux et fibro-synoviaux , plutôt que sur le tissu osseux ou les cartilages. Il en résulte donc que les *tumeurs blanches* débutant par la membrane synoviale , peuvent facilement être le résultat d'une entorse mal traitée , ou dont les suites n'ont pas été complètement éteintes. Aussi rencontre-t-on une infinité de malades qui rapportent alors leur affection à un faux pas , à une chute accompagnée de renversement du membre dans un sens ou un autre , ou enfin à quelque mouvement inégal ou forcé de la jointure.

Alors voici quelle est ordinairement la marche de la maladie : Si le travail pathologique débute plutôt par la face externe de la capsule que par sa face interne , une douleur plus ou moins vive se fait sentir dans quelques points isolés de l'articulation , mais de manière à en occuper rarement tout le tour. Bientôt après, il se manifeste un gonflement inégal; le tout s'accompagne de difficultés , de raideur dans les mouvements plutôt que de véritable faiblesse dans le membre. Cette douleur n'est ni sourde , ni profonde ; elle n'est point exaspérée par le frottement des surfaces articulaires , et la pression exercée sur la peau l'augmente ordinairement un peu. Plus tard , ces premiers symptômes sont suivis d'un certain degré d'épanchement dans la capsule ; mais à ce degré même , il semble que l'épanchement n'occupe pas également toute la cavité articulaire.

Des bosselures se montrent; le tissu sous-cutané s'empâte et s'épaissit généralement ; les douleurs diminuent quelquefois ; les mouvements restent faciles , mais l'articulation a perdu de sa force ; il reste longtemps quelques points plus sensibles et plus manifestement affectés que les autres. On conçoit qu'il doit en être ainsi ; car l'affection, ayant évidemment pour cause matérielle la rupture et l'irritation consécutives de quelques plaques ou vaisseaux fibro-celluleux , est d'abord très-bornée , ou comme disséminée sur plusieurs points séparés , et non pas complètement diffuse, comme dans les autres nuances que nous allons examiner.

Si , par suite d'une violence extérieure , c'est la face interne de la capsule qui se trouve le plus irritée , le premier phénomène que l'on remarque est un épanchement articulaire. Cet épanchement peut être constitué , soit par du sang , comme dans la *gonémocèle*, soit par de la sérosité , comme dans l'*hydarthrose* , soit par un mélange de ces deux fluides. On conçoit facilement que , dans quelques cas , aucun point spécial de la capsule ne soit affecté plus que les autres ; que par conséquent le malade n'éprouve pas plus de douleur dans la marche que pendant le repos , pas plus par la pression des surfaces articulaires que par celle des corps extérieurs agissant sur la peau. Alors encore, toute l'enveloppe de l'articulation peut conserver son épaisseur et ses caractéres normaux , puisque les différentes lames qui la composent ne sont ordinairement le siége d'aucune infiltration , d'aucun travail pathologique : elles sont seulement soulevées ou distendues en masse par la matière épanchée dans la capsule. En un mot , on a ici les symptômes de l'hydarthose ou les caractères physiques d'un épanchement articulaire quelconque, accompagné d'un degré variable d'épaississement de la capsule.

2.° *Causes internes ou générales.* — En annonçant que presque toutes les tumeurs blanches des adultes dépendent d'une affection rhumatismale, Boyer, d'accord en cela avec plusieurs

autres pathologistes, a émis une opinion erronée. Mais, je me hâte de le dire, cette opinion n'est erronée que parce qu'elle est trop générale ; car il est certain qu'assez souvent ces sortes de maladies débutent sous la forme d'un rhumatisme, soit aigu soit chronique. Alors les violences extérieures ne sont point indispensables comme cause occasionnelle. Quelquefois les malades accusent un refroidissement subit de la région affectée, quelque changement subit de la température au milieu de laquelle ils se trouvaient ; mais il n'est pas rare de les trouver dans l'impossibilité d'en indiquer la cause. L'affection s'annonce ou par une douleur large et pongitive, ou par un gonflement qui envahit bientôt toute la circonférence de l'articulation. La douleur est augmentée par la pression qui réagit sur les parties molles, et non par le frottement des surfaces articulaires. Cette douleur occupe ordinairement une large surface. Le gonflement paraît avoir son siége dans toute l'épaisseur des tissus qui entourent l'article, et se présente sous forme d'un empâtement élastique avec ou sans changement de couleur à la peau, et se prolonge plus ou moins loin au-dessus et au-dessous de l'articulation. Tantôt il s'y joint un véritable épanchement dans la capsule ; tantôt cet épanchement manque. Le tissu cellulaire, les ligaments, la capsule fibreuse, les tendons et leur membrane synoviale, paraissant alors être pris tous ensemble, mettent le malade dans l'impossibilité de faire agir la partie inférieure du membre. Aussi voit-on la main, si c'est le poignet qui est affecté, le pied, si c'est l'articulation tibio-tarsienne, céder à son poids, et se fléchir comme une masse inerte, dès qu'on cesse de le soutenir.

Cette variété d'arthropathie se rencontre fréquemment aussi chez les femmes nouvellement accouchées et chez les individus dont la constitution est profondément altérée par quelqu'autre lésion. Il est à remarquer qu'à la suite des couches, cet engorgement articulaire s'acompagne plus fré-

quemment que dans l'affection rhumatismale proprement dite, d'un épanchement dans l'article, et que cet épanchement y passe plus facilement à l'état de véritable suppuration.

Lorsque par l'une ou par l'autre de ces causes la maladie s'est établie depuis longtemps dans l'articulation, elle y amène des altérations qui finissent par se confondre dans un grand nombre de cas, et qui cependant conservent assez souvent chacune une tendance particulière. Ainsi, à la suite des entorses qui n'ont pas porté d'abord sur la face externe de la capsule, la maladie peut demeurer six mois, une année, et même plus longtemps sans produire l'état fongueux sur le quel je m'apesantirai bientôt. C'est alors surtout qu'on trouve ces noyaux, ces plaques d'engorgement qui sans avoir leur siége à l'intérieur même de l'article semblent pourtant faire partie de la capsule ou de la tête des os eux-mêmes. Quand, au contraire, l'arthropathie s'est d'abord concentrée à l'intérieur de la capsule il est rare qu'au bout d'un an, de six mois et même moins, on n'aperçoive pas au toucher des bosselures indolentes, mollasses, d'aspect fongueux, tantôt séparées des parties dures par du liquide, d'autrefois en contact immédiat avec les surfaces ostéo-cartilagineuses.

S'il s'agit de l'engorgement par cause interne, soit rhumatismale soit de tout autre nature, le mal revêt plutôt à la longue, pour ce qui concerne les parties molles, l'état de dégénérescence lardacée, d'épaississement phlegmasique avec œdème, endurcissement etc., que le véritable aspect fongueux. Dans ce cas aussi, la maladie se propage en général plus promptement et plus constamment aux cartilages et aux os que dans le précédent.

Il est encore un ordre de causes *d'arthropathie capsulaire* que je ne dois point passer sous silence ; je veux parler de la blennorrhagie et des affections de l'urèthre en général. Il est effectivement prouvé par un grand nombre d'observations, que les sujets affectés de blennorhagie sont plus souvent pris de

maladies articulaires que les autres. En général, le mal débute alors par un gonflement tantôt un peu douloureux, d'autrefois tout-à-fait indolent, et par un épanchement plus ou moins considérable de synovie dans l'intérieur de l'articulation. Alors on remarque tous les caractères de l'hydarthrose, plus les symptômes d'une sub-inflammation des tissus qui servent d'enveloppe à la jointure. Ici, comme chez les femmes nouvellement accouchées et dans les affections rhumatismales, l'arthropathie se montre ordinairement tout-à-coup et sans cause extérieure appréciable. Comme, lorsque la thérapeutique n'en triomphe pas dès le principe, la maladie détermine à la longue les mêmes lésions que lorsqu'elle est due aux causes indiquées précédemment, il est inutile de nous arrêter plus longuement sur cette étiologie des arthropathies,

Tout ce que nous avons dit de la face interne de la capsule est applicable aux ligamens inter-articulaires, aux tissus fibro-cartilagineux, aux replis synoviaux, aux masses (gratifiées autrefois du nom de glandes) qui se rencontrent autour des têtes articulaires. On comprend en effet que, soit par la propagation de la maladie des tissus externes vers l'intérieur, soit par un mouvement anormal, une contorsion, une violence extérieure quelconque, on comprend, dis-je, qu'une ou plusieurs des parties que je viens d'indiquer puissent être froissées ou rompues ou irritées au point de devenir nécessairement le siége d'une altération plus ou moins grave. On conçoit aussi que les causes générales dont je viens de parler, puissent porter leur action sur ces deux tissus, comme sur les enveloppes articulaires proprement dites. Dans ce cas les symptômes offriront quelques différences qu'il ne faut pas oublier. Ainsi le malade éprouvera une douleur sourde et vague pendant le repos, vive et aiguë dans certains mouvements. Le membre paraitra faible, et l'articulation deviendra promptement le siége d'un certain degré d'épanchement. On conçoit en effet, en prenant l'articulation fémoro-tibiale pour exemple, que si l'un des ligaments

croisés a subi quelque déchirure, le mal quoique borné pourra occasionner d'assez violentes douleurs dans certains mouvements de la jambe, tandisque dans d'autres il s'en développera à peine. Il en sera de même si quelque repli graisseux ou synovial épaissi se glisse entre les cartilages au point d'y être pincé.

C. *Fongus articulaire.* — Du reste toutes ces nuances de la maladie conduisent souvent à un résultat commun sur lequel je vais fixer maintenant votre attention. Je veux parler de la dégénérescence décrite sous le nom de *fungus articulorum* par Raymar au commencement du XVIIIe siècle. Ce genre d'altération, qui a pour ainsi dire servi de type à toutes les descriptions des *tumeurs blanches*, en présente effectivement les caractères les plus tranchés. Lorsque la maladie est ancienne et qu'elle a débuté par les parties molles, elle consiste dans une altération de tissus qui porte ou sur la tunique synoviale proprement dite on sur les franges, les replis, les pelotons synoviaux, ou sur les ligamens, les fibro-cartilages inter-articulaires, ou sur tous ces élémens à la fois, y compris dans certains cas les lames et les tissus fibreux qui les doublent à l'extérieur. Les tissus acquièrent une épaisseur très-variable, quelquefois d'un pouce, et offrent en dedans de l'articulation, des masses d'un rouge tirant tantôt sur le jaune, tantôt sur le livide, tantôt sur le gris. Ces sortes de productions se prolongent quelquefois sous forme de plaque entre les surfaces articulaires ; tandis que dans d'autres cas, et ceux-ci sont les plus communs, elles réagissent plutôt en dehors. C'est une lame, un tissu mollasse, gélatiniforme, se laissant facilement écraser avec les doigts, ayant quelque chose d'analogue, pour la consistance, aux polypes muqueux des fosses nasales, ou aux végétations fongueuses qui se développent assez souvent à la surface des solutions de continuité en général. Ce tissu fongueux repose quelquefois sur des bourrelets beaucoup plus fermes

qui en forment la base et qui adhèrent par leur partie la plus solide aux enveloppes de l'articulation.

Cet état se reconnait à un ensemble de lignes généralement faciles à saisir. Ainsi, le volume de l'articulation est manifestement augmenté ; à la place des excavations on observe des reliefs plus ou moins prononcés ; toutes les saillies osseuses sont plus ou moins effacées. La couleur et l'épaisseur de la peau n'ont subi le plus souvent aucun changement appréciable ; la douleur est nulle ou légère. La malade peut se servir de son membre ;on sent à l'aide de la main une sorte de fluctuation obscure qui pourrait en imposer d'abord et donner le change pour un épanchement réel dans l'article ; mais on voit bientôt que ce sont des bosselures mollasses, fongueuses, qui cèdent il est vrai, mais ne fuient point sous la pression comme un liquide. Cependant cet état s'accompagne fréquemment d'un épanchement réel qui exige quelque attention de la part de l'observateur. Quand il existe un épanchement de liquide sans fongosités,on constate sans peine que les enveloppes articulaires sont plutôt amincies qu'épaissies; la fluctuation alors est difficilement méconnue, tandis qu'en pressant d'une certaine façon sur les véritables fongosités, il est presqu'impossible de ne pas remarquer la distance qui sépare la peau des surfaces osseuses. Un caractère important de ce genre de lésion est que la pression, les mouvemens, les explorations de toutes sortes font à peine souffrir le malade. En résumé, c'est un genre d'altération dont la consistance, la forme et l'aspect offrent quelque analogie avec la dégénérescence encéphaloïde, mais qui en diffère essentiellement par sa nature. Dans un certain nombre de cas, et dans l'articulation fémoro-tibiale en particulier, on sent, en faisant glisser les parties molles sur les parties dures, des corps élastiques, mobiles, de forme variée. Ces corps, qui ne sont autre chose que des replis synoviaux endurcis, dégénérés, en ont souvent imposé pour des portions de cartilage mobile, pour des corps libres des articulations.

Les arthropathies fongueuses qui arrivent aussi à la longue par suite d'une lésion des parties dures, indiquent toujours un degré très-avancé de la maladie. Aussi beaucoup de bons observateurs ont-ils avancé qu'alors le pronostic doit être très grave, et que l'amputation est souvent le seul remède à proposer. C'est là ce qu'en dit l'auteur qui a le mieux compris ce sujet dans ces derniers temps, M. Brodie, et ce qui a été fréquemment répété depuis dans un amphithéâtre où les paroles sont habituellement plus bruyantes que justes. Il y a, dans cette opinion, comme dans presque toutes les propositions scientifiques, de la vérité et de l'erreur. Il est vrai que la dégénérescence fongueuse ou *gélatiniforme* des articulations sans complication de maladies des os, guérit quelquefois sous l'influence d'un traitement bien entendu. Mais, comme cette dégénérescence est assez souvent la suite ou la cause des lésions qui portent sur les os, on comprend qu'alors elle soit excessivement grave et qu'elle puisse constituer une des variétés de *tumeurs blanches* qui nécessite le plus impérieusement l'amputation. C'est donc par suite de cette confusion que le pronostic du fungus articulaire a été si souvent démenti en bien ou en mal par l'observation. Afin de tomber moins souvent dans l'erreur à l'avenir sous ce rapport, il faudra s'efforcer de distinguer le fongus simple du fongus compliqué de maladie des parties dures. Je n'ai pas besoin de rappeler que cette dégénérescence, même sans altération des os, peut résulter d'une simple violence extérieure, d'une affection rhumatismale, blennorhagique, etc., comme de toute autre altération générale des fluides.

(La suite au prochain Numéro.

REVUE GÉNÉRALE.

Pathologie et thérapeutique médicales.

PARALYSIE DE LA FACE. — *Compression de la 7ème paire par des tubercules developpés dans l'oreille*; obs. *par le* dr Grisolles.—L'otite chronique chez les phthisiques, peut dépendre quelquefois de la présence de tubercules dans quelques unes des cavités qui composent l'oreille. MM. Nélaton et Tonnelier en ont observé trois exemples. Voici un fait à ajouter à ceux de ces médecins, mais qui en diffère par quelques circonstances insolites, par la paralysie de la face :

Odin, agé de 23 ans, s'est bien porté jusqu'à 16 ans, époque à laquelle il s'est livré à la masturbation et a eu une forte hémoptysie; depuis lors il est enrhumé tous les hivers. En 1834, il commenca à souffrir de l'oreille droite : élancemens profonds, après deux mois de douleurs, écoulement purulent blanc, eréméux, inodore, peu abondants, qui persiste depuis avec les mêmes qualités. Surdité complète par l'oreille droite dès le début. Depuis un an engorgement sous maxillaire qui suppure. Le 1er janvier 1837, il éprouva des élancements plus vifs que d'habitude dans l'oreille, l'écoulement purulent se supprima presqu'entièrement; il y eut de la céphalagie temporale, des étourdissements passagers, et six jours après il s'apperçut que sa face se déviait à gauche. A son entrée à l'Hôtel-Dieu le 13 : figure pâle, maigre; déviation de la face à gauche, surtout quand le malade veut parler ou rire. Le côté droit de la face parait moins saillant et situé sur un plan un peu postérieur à celui du côté gauche. La narine gauche se dilate plus complètement que la droite; yeux sans injection, pupilles égales et contractées; la vue est un peu trouble de l'œil droit, il n'y a pas de strabisme; les paupières correspondantes ne pouvant se rapprocher l'une de l'autre, l'œil reste constamment à découvert dans les 3/4 de sa surface; lorsque le malade dort, il dirige avec effort la cornée vers la voûte orbitaire, afin de la soustraire à l'action de la lumière; la paupière inférieure n'est pas sensiblement renversée, la supérieure peut s'élever complètement; l'œil est bien humide; il n'y a pas d'épiphora. Si on promène la barbe d'une plume sur la conjonctive droite, le malade sent la présence du corps étranger, mais il n'en éprouve aucune sensation pénible et n'exécute ni avec l'œil ni avec les paupières,

aucun mouvement pour s'en débarrasser. La surdité est complète de l'oreille droite, qui est le siège d'un bourdonnement ou d'un sifflement continuel et souvent incommode. Tous les muscles expressifs du côté droit de la face ne se contractent plus; ainsi le sourcil est immobile, le côté correspondant du front ne peut plus se rider transversalement, jusque sur la ligne médiane. Il y a impossibilité de distendre la joue droite avec de l'air, car lorsque le malade souffle, le gaz s'échappe par la commmissure droite; il est par conséquent impossible au malade de siffler. Il ne mâche pas du côté droit, parceque les alimens par suite de la paralysie du muscle buccinateur s'accumulent entre les gencives et la joue correspondante. La langue est droite : du sel appliqué des deux côtés sur des points correspondans, est moins distinctement perçu à droite qu'à gauche. Le voile du palais est bien contractile et non devié; le nez est habituellement incliné à gauche; la narine droite parait moins humide au malade; l'odeur du vinaigre n'est pas perçue à droite. Une prise de tabac est faiblement sentie par la même narine, tandis que du côté opposé une quantité moitié moindre de cette poudre, détermine l'éternuement à plusieurs reprises. La sensibilité cutanée est légèrement diminuée dans tout le côté droit de la face, et dans le quart supérieur du cou; cette sensibilité est d'autant moins obtuse qu'on se rapproche davantage de la ligne médiane; pression douloureuse dans la région temporale, surtout derrière l'oreille et sur l'apophyse mastoïde. Signes physiques de tubercules pulmonaires. 2 cautères à la nuque. Les jours suivans le malade fut pris d'une variole confluente à laquelle il succomba le 7 février.

Autopsie. — Tubercules dans les deux poumons, — Cerveau et tube digestif sains. — Le *rocher*, disséqué par M. A. Andral, a présenté les lésions suivantes : à sa base dans l'étendue de deux lignes carrées, tache d'un blanc jaunâtre subjacente à la dure-mère. Celle-ci détachée de l'os, on trouve, dans le point correspondant à la tache, une matière solide, friable, d'un blanc mat, ressemblant à de la matière tuberculeuse. Cette substance est logée dans l'épaisseur du temporal qu'elle a perforé dans une étendue de 3 à 4 lignes. Ce corps enucléé, on arrive dans la caisse du tympan dont les parois sont rouges, fongueuses et baignées par une sanie purulente. Les bords de la perforation sont inégaux, mais ne présentent nullement les caractères anatomiques de la carie ou de la nécrose. Les osselets et la membrane tympanique ont disparu. En enlevant obliquement, à l'aide d'un trait de scie, une portion du rocher, on arrive sur une autre masse tuberculeuse qui remplit le conduit auditif interne dans l'étendue de quatre lignes environ, Cettte masse est contournée supérieurement par le tronc du nerf facial, qui n'offre aucune modification appréciable dans sa structure, mais qui est fortement comprimé entre les parois osseuses et le tubercule. Celui-ci a complètement perforé le fond du conduit pour pénétrer dans le vestibule, qui est rempli d'une sanie purulente inodore. Le nerf auditif est détruit. Le trifacial, à son renflement et dans les trois branches qui en partent, n'offre aucune lésion appréciable.

Chez ce malade la 7ème paire était seule affectée, la cinquième était intacte. M. Grisolles croit pouvoir rapporter l'insensibilité incomplète de la conjonctive et l'affaiblissement de la vue, de l'olfaction et du gout, à la transmission de là souffrance des rameaux de la 7ème à ceux de la cinquième, par le moyen des anastomoses. Cette explication ne satisfait pas complètement, mais faute d'une meilleure on est bien obligé de l'admettre. (*Presse méd.* 1837, nº 32)

Cancer du pylore. — *Causes du vomissement dans cette affection.* Deux malades ayant les signes de la cachexie cancéreuse se présentent en même temps à l'observation de M. Denonvilliers. La maladie remontait à deux ans. Dans les deux cas, des vomissemens avaient marqué le début; mais dans le premier cas, fréquents d'abord, ils étaient ensuite devenus rares et très abondants; une constipation opiniâtre avait persisté jusqu'au moment de la mort. Dans l'autre cas, rares d'abord, les vomissemens étaient ensuite devenus fréquents, puis ils avaient cessé tout à fait. — Or, d'un côté existait une distension énorme de l'estomac coincidant avec l'oblitération presque complète du pylore, de l'autre une ulcération ayant détruit presqu'entièrement la valvule pylorique. — Le pylore étant comprimé chez le premier malade, celui-ci a dû avoir de la constipation et a vomi dès le début de la maladie. L'estomac peu dilaté, peu habitué au contact prolongé des aliments, a dû d'abord les rejeter fréquemment. S'agrandissant peu à peu de manière à pouvoir retenir dans sa cavité la matière de plusieurs repas, devenu moins sensible à ce séjour, les vomissemens ont alors été abondants et rares. Chez l'autre malade, la maladie avait probablement commencé par le développement du tissu squirrheux au voisinage du pylore, qui, gênant la circulation des alimens, avait causé de temps en temps des vomissements. Peu à peu ces vomissements étaient devenus fréquents par l'augmentation du volume du squirrhe, qui avait progressivement bouché le pylore. Enfin le tissu squirrheux ayant été détruit par le ramolissement ulcéreux, la communication fut rétablie entre l'estomac et le duodénum; l'obstacle levé, les vomissements cessèrent.

L'obstacle au passage des matières est donc une cause déterminante ou au moins adjuvante du vomissement. Quand l'estomac sollicité par une cause quelconque, se contracte et entraine sympathiquement l'action du diaphragme et des muscles abdominaux, les matières contenues s'échappent par l'ouverture qui leur offre le moins de résistance. Quand une induration squirrheuse occupe

une des courbures de l'estomac, les vomissements sont donc possibles, mais non pas nécessaires. Ils sont au contraire la conséquence indispensable de toutes les affections dans lesquelles le pylore est obstrué. Il est facile de trouver dans les remarques précédentes l'explication des variétés que présente ce symptôme dans les différens cas. (Ch. Denonvilliers, *Proposit. et obs.*, Th. Paris. 1837 in 4. n°. 285,

PHLÉBITE PUERPÉRALE. *Oblitération de la veine ovarique droite* — Observation du Dr Kruse, de Kœnisberg. — le 4 janvier 1837, Me X. âgée de 32 ans, accoucha fort heureusement d'un second enfant; la délivrance ne fut opérée qu'au bout d'une heure. Le 7, elle éprouva quelques douleurs abdominales, de la fièvre, et cet état s'étant prolongé, le Dr Kruse fut appelé le 12. Il trouva la malade fort agitée ; la tête était douloureuse, le pouls dur et fréquent, la langue jaune ; le ventre n'était pas douloureux à la pression, les lochies n'offraient plus de traces de sang. (sangsues à la tête, mixture légèrement purgative). Le 14, la malade, dont l'état était resté à peu près stationnaire, accusa une doulenr dans la cuisse droite ; le membre n'est pas enflé, cependant le creux poplité semble former une légère saillie. Le 20, la cuisse a augmenté de près du tiers de son volume, le gonflement s'étend depuis le ligament de Ponpart jusqu'au pied : la peau est tendue, luisante, d'un blanc-bleuâtre, douloureuse à la pression. Le 22, le gonflement est beaucoup diminué et circonscrit au genou ; la jambe et la cuisse ont presque repris leurs dimensions normales. (Léger vomitif, saignée, sangsues aux tempes, sinapismes, lavements, calomel, musc). Le 27, douleurs dans tous les membres, peau chaude et sèche, pouls fréquent. (Infusion d'arnica aiguisée avec de l'acide muriatique). Le 29, œdème des paupières, la vue s'affaiblit ; délire; douleur violente à la région iliaque droite, tympanite. La malade succomba le 4 février.

Autopsie. Le membre pelvien droit est enflé au genou et au coude-pied, le gauche l'est seulement à l'articulation tibio-tarsienne. La chambre antérieure de l'œil droit renferme un peu de pus. La vessie est distendue, sa membrane muqueuse est rougeâtre, épaissie. La surface interne de l'utérus est d'un vert-noirâtre : la trompe droite est épaissie et enflammée principalement à son extrémité utérine ; l'ovaire du même côté est plus résistant, la veine ovarique se présente sous la forme d'un cordon ligamenteux ; elle est remplie par un caillot sanguin jusqu'à son embouchure dans la veine cave. (Gaz. med. de prusse n°. XII.)

D'après les symptômes indiqués par l'auteur, la malade paraît avoir succombé à une *Phlegmasia alba dolens*, et l'altération des veines confirmerait cette opinion, suivant les travaux de M. Velpeau ; mais on ne comprend guères comment le gonflement, après avoir envahi tout le membre a fini par se circonscrire au genou, il est également fort facheux que M. Kruse n'ait pas constaté l'état des symphyses.

EMPYÈME. (Opération de l'), *Guérison*. — *Observation par* MM. Weisbrod et Winter de Munich. — Un jeune homme fort et bien musclé offrit, à la suite d'un refroidissement, tous les symptômes d'une pleurésie, et fut soumis à un régime antiphlogistique sévère (neuf saignées, sangsnes, vésicatoires), qui ne put prévenir l'epanchement. Lorsque le Dr Weisbrod fut appelé, il constata l'état suivant :

La face est pâle, grippée, les ailes du nez pincées, les yeux éteints, la respiration fréquente, courte, abdominale, la peau couverte d'une sueur froide et visqueuse, le pouls tendu, fréquent, petit. L'examen de la poitrine offre du côté gauche un bombement remarquable et un écartement considérable des côtes; à l'auscultation on n'entend pas le bruit respiratoire ; la percussion donne un son mat et laisse percevoir une sensation de fluctuation. L'épanchement ne pouvait donc être méconnu. On résolut de l'évacuer : à cet effet on pratiqua entre la 3e et la 4e côte une incision de 10 lignes environ qui donna immédiatement issue à une grande quantité d'une sérosité purulente, verdâtre et fétide. Dès que l'écoulement eut cessé, la plaie fut fermée par plusieurs compresses, et le malade se sentit extremement soulagé : il put se coucher dans toutes les positions et tousser assez facilement.

Les jours suivants l'écoulement devint de plus en plus purulent, mais diminua beaucoup en quantité. Le malade se trouvait si bien que malgré la présence de l'air dans la cavité thoracique, il pouvait retenir sa respiration pendant plusieurs minutes. Ses forces étaient revenues et la guérison paraissait assurée lorsque tout à coup, le 17e jour de l'opération, une douleur très vive se fit sentir aux environs de la plaie, la respiration devint embarrassée et le pouls fréquent. (Sangsues). Le lendemain on introduisit une sonde dans l'ouverture, mais elle ne donna issue qu'à quelques gouttes de liquide. Cependant l'état du malade ayant encore empiré, on présuma que le parallélisme des ouvertures était détruit, et on se décida à prolonger l'incision d'un demi pouce vers le

sternum ; cette nouvelle opération donna immédiatement issue à environ cinq onces de sérosité purulente et fétide ; le malade se sentit une seconde fois soulagé, et quoique *l'air entrât alors librement dans la poitrine*, la toux et la fièvre cessèrent, et la respiration devint parfaitement libre.

L'écoulement continua avec plus ou moins d'abondance pendant assez longtemps ; quelquefois il devenait presque nul et semblait approcher de sa fin lorsqu'un violent accès de toux venait le renouveler en chassant une grande quantité de matière purulente. Enfin après quelques circonstances sans importance le malade fut parfaitement rétabli à la fin du troisième mois. (Journal de l'*Union méd.* de Munich).

Pathologie et thérapeuthique chirurgicale.

SPINA BIFIDA TRAITÉ PAR DES PONCTIONS MULTIPLIÉES, *observ.* par Charles SKINNER D. M. — Le 5 Décembre 1834 entra à l'infirmerie de l'hôpital de Phila-delphie une petite fille âgée de sept mois, ayant la peau blanche, les cheveux blonds, les yeux bleus, assez forte pour son âge et d'une grande vivacité. La mère raconta qu'à la naissance de cette enfant on remarqua sur la partie inférieure des reins une tumeur du volume et de la forme d'une plume. Elle présentait à sa surface une petite excoriation d'où suintait un liquide sanieux. La tumeur avait pris peu à peu de l'accroissement. A l'entrée de la malade elle avait plus de trois pouces et demi de longueur, deux pouces et demi de largeur, et elle formait une saillie d'un pouce et demi. Elle s'étend sous forme d'un ovale aplati, du voisinage de la crête iliaque jusque près de l'anus. Elle offre de la transparence et une fluctuation bien distincte. Le tégument offre à son niveau une épaisseur et une apparence ordinaire, à l'exception d'une surface d'un pouce de diamètre, située à sa partie inférieure, laquelle est unie, luisante, rouge, ressemblant en mot à une cicatrice. Si l'on frotte longtemps la tumeur, elle devient tout entiere d'une légère couleur rose. Une forte pression, soutenue pendant quelque temps, la réduit assez pour permettre de sentir dans le canal rachidien une ouverture unie et ovalaire, prolongée en bas par une petite fente, et suffisamment large pour l'introduction de l'extrémité du petit doigt. Cette ouverture parait due à l'absence de la dernière vertèbre lombaire ou de la portion du sacrum. La santé de l'enfant a toujours été bonne ; son appétit est excellent ; la mixtion et la défécation s'exécutent naturellement. Elle est très intelligente, et sa tête quoique large ne l'est pas au-delà des proportions ordinaires. Elle peut s'asseoir ou se coucher sur la tumeur sans le plus léger inconvénient; une forte compression ne produit aucun symptôme fâcheux ; la malade ne peut marcher, mais elle se sert fort bien de ses jambes pour se traîner, et peut rester debout quand elle se retient à quelque objet.

Le 7, on pratiqua à l'aide d'une aiguille une ponction à la tumeur, et cette opération fut ensuite répétée chaque jour pendant plusieurs mois, sauf quelques interruptions nécessitées par l'apparition d'une varicelle et d'une inflammation locale dans le siége de l'affection. Les premières opérations furent rendues difficiles par la laxité des adhérences qui unissaient la dure-mère spinale aux téguments. La membrane était repoussée en avant avant d'être perforée. — La quantité de liquide obtenue à chaque ponction varie d'une once à quelques gros. On remarque qu'elle était moins considérable chaque fois que dans l'intervalle d'une opération à une autre on avait exercé sur la tumeur une compression exacte et uniforme, à l'aide d'une espèce de bandage élastique circulaire, percé à son centre, et formé d'une baleine revêtue d'un coussin.

Dans les premiers jours d'avril, l'enfant fut visitée par sa mère, qui lui donna une orange aigre qui détermina aussitôt de la diarrhée. En conséquence, on suspendit de nouveau les ponctions, et par l'usage des anodins et de la diète, le dévoiement diminua peu à peu jusqu'au 14, époque à laquelle il paraissait arrêté. M. Skinner, dont les fonctions dans l'établissement cessèrent alors, fut forcé de quitter la ville pour quelque temps. Son ami le docteur Boyer suivit la malade, dont il espérait reprendre le traitement à son retour. La diarrhée revint néanmoins peu de jours après, résistant à tous les moyens employés pour l'arrêter. Elle marcha vers une terminaison fâcheuse ; ce résultat fut hâté toutefois par une pneumonie à laquelle on dût opposer une application de sangsues. Le 23, l'enfant mourut dans la nuit. Les fonctions intellectuelles étaient restées intactes. L'abdomen était chaud et probablement douloureux (l'enfant criait toujours quand on l'approchait); le pouls fréquent. La tumeur avait reçu trois ponctions depuis le 10.

Autopsie. — Le poumon gauche adhère à la plèvre costale, et présente des fausses membranes à sa surface. Le lobe supérieur est le siége d'un emphysème interlobulaire et surnage; le lobe inférieur est rouge et induré. Le lobe inférieur du poumon droit offre des lobules indurés, séparés par du tissu sain; la muqueuse bronchique est couverte de pus.

Les intestins sont distendus par des gaz. Quelques unes des circonvolutions sont d'une couleur livide. La membrane muqueuse est d'un rouge foncé et fortement injectée en plusieurs points variables d'étendue de 6 à 18 pouces, mais sans ulcération. L'estomac et le foie sont à l'état normal. Le rein droit est volumineux, gorgé de sang.

Les téguments sont affaissés au voisinage de la tumeur ; celle-ci est ridée et épaissie. Ses enveloppes, savoir la peau, le tissu cellulaire et le sac, sont si fortement condensés, si bien unis, qu'on ne peut les séparer. La cavité de cette poche offre à peu près le volume d'une noix et contient un grain ou deux d'un liquide limpide. La surface interne est d'une couleur blanc de perle. La membrane séreuse qui la constitue paraît à l'état normal. Une ou deux des apophyses épineuses laissent par leur absence dans le canal

rachidien une ouverture d'un pouce de long et d'un demi pouce de large.

Réflexions — C'était là sans doute un cas de *spina bifida* local ou si l'on veut de *spina bifida* sans maladie de la moelle épinière; enfin sans aucun autre vice de conformation. C'est à des cas de ce genre qu'on a justement restreint l'application du traitement curatif (1).

Le traitement que nous avons suivi est celui qui, employé par Ruysch, et resté sans succès entre les mains de ce chirurgien et de plusieurs autres praticiens de cette époque, a été plus récemment couronné de succès entre celles d'Astley Cooper (2) et de plusieurs autres chirurgiens anglais(3). Je ne sache pas que personne ait jamais employé le moyen que j'ai mis en usage pour empêcher que la piqûre faite par l'aiguille ne se bouchât. L'aiguille, en effet, est le meilleur instrument pour pratiquer l'opération dont il est question. Hampfield dit bien qu'on a proposé de petits trois-quarts, mais l'aiguille et la canule sont certainement préférables, la piqûre qui résulte de leur emploi se cicatrisant beaucoup plus rapidement que celle d'un trois-quarts, aussi petit qu'on puisse le fabriquer. Je me suis éloigné néanmoins de la pratique établie en évacuant complètement le liquide à chaque opération. Abernethy (4) recommande de le faire sortir peu à peu, absolument de la même manière que le pus des abcès par congestion, car la mort a souvent résulté d'une évacuation subite de ce fluide. Un examen aprofondi des symptômes qui ont précédé la mort dans les cas fâcheux m'a convaincu que la mort subite n'était arrivée que dans ceux qui étaient compliqués d'hydrocéphale ou d'une maladie profonde de la moelle. Dans les cas, au contraire, où la maladie était simple, la mort avait été le résultat d'une inflammation de la moelle et de ses membranes. Dès-lors je ne pouvais voir aucun danger dans l'évacuation complète de la tumeur en une seule fois, pourvu qu'on employât les moyens nécessaires pour prévenir l'inflammation. Il est certain que, sans l'apparition fâcheuse de la diarrhée et de la pneumonie, l'affection eût offert une terminaison favorable. La tumeur, ponctionnée 70 fois sans aucun accident sérieux, était réduite à moins

(1) *Med. chir. trans.* vol. 11 p. 226-229. Bampfield *On curvature and diseases of the spine* p. 324-225.

(2) *London medical and physical journal.* July 1822.

(3) Hampfield l. c. p. 320.

(4) id. *ibid.* p. 316

du quart de son volume primitif, et probablement sous peu de temps elle se serait complètement oblitérée. Le sac épaissi aurait cessé de sécréter, et par l'usage d'un bandage ou d'une compression appropriée, aurait bientôt adhéré à l'ouverture de la cavité rachidienne et empêché le liquide spinal de venir faire saillie à l'extérieur. L'autopsie a parfaitement démontré que la tumeur n'était pour rien dans les causes de la mort qui fut le résultat de la double inflammation du canal intestinal et des poumons. L'inflammation de la membrane bronchique doit surtout avoir été fort grave pour avoir produit l'effusion de pus qui a été notée.

La quantité du liquide obtenue pendant toute la durée de l'observation a été de plus de quatre pintes ; sa pesanteur spécifique était de 1,15 ; son goût était légèrement salé ; son odeur, d'abord presque nulle, devenait fétide et assez semblable au liquide des huîtres au bout de quelques jours de repos. L'ébullition n'y produisit aucun changement dans son apparence, non plus que les acides nitrique et sulfurique et le sublimé corrosif. La teinture de noix de Galles, le nitrate d'argent, y déterminèrent au contraire des précipités fort abondants. Celui produit par le dernier noircissait par l'exposition à l'air. Le liquide de l'hydrorachis a été comparé au sérum du sang et des autres hydropisies. Les expériences précédentes, bien qu'imparfaites, prouvent que, dans le cas précédent au moins, la quantité d'albumine était beaucoup moindre que celle qu'on rencontre alors.

CARIE DES VERTÈBRES DU COU : (*Abcès par congestion, par suite de guérison.* — Le nommé Herter, agé de 35 ans, d'une constitution lymphatique, ressentit tout à coup une violente douleur qui s'étendait depuis la nuque jusques derrière l'oreille gauche et gênait beaucoup les mouvements de la tête : celle ci s'inclina du côté gauche, et des symptômes généraux fort graves parurent bientôt. Au bout de quelque temps une collection purulente se forma à la nuque; elle fut ouverte et donna issue à plusieurs onces de pus. Un second abcès fut incisé dans la région sus-claviculaire gauche : une assez grande quantité de pus sortit aussi spontanément par l'oreille du même côté. Le malade était en proie à la fièvre hectique lorsqu'une vaste collection purulente se forma dans le dos, s'étendant depuis l'omoplate jusqu'à la première vertèbre lombaire ; l'ouverture de ce nouvel abcès donna issue à une énorme quantité de pus. A partir de ce moment l'état du malade s'améliora, ses forces furent soutenues par un régime tonique, et l'on put espérer la guérison.

Les ouvertures étaient restées fistuleuses, et en enfonçant une sonde dans celle pratiquée au cou, on arrivait dans l'épaisseur des muscles profonds de cette région et du dos. Des débridements furent pratiqués; le supérieur, prolongé jusqu'à l'oreille, conduisit à une vaste poche située entre les vertèbres cervicales et la partie postérieure du pharynx : pour y arriver l'opérateur fut obligé de diviser le muscle sterno-mastoïdieu et l'artère occipitale. Depuis ce jour l'amélioration devint de plus en plus prononcée ; deux abcès se formèrent encore, l'un au niveau de la 4e vertèbre cervicale, l'autre immédiatement au dessous de l'occipital, mais ils furent ouverts sans accident, et des injections composées de 8 grains de tartre stibié pour une once d'eau déterminèrent la réunion des poches purulentes et l'oblitération complète des orifices fistuleux. Le malade était parfaitement guéri au bout d'un an, au moyen d'une ankylose qui maintenait la tête assez fortement penchée du côté droit. — (*Magaz. de Rust.* 1837, n°. *VIII*).

Décollement spontané et traumatique des épiphyses. (*Recherches sur le*) par M. Guérétin. — Ce travail se compose de deux parties distinctes, d'expériences faites sur le cadavre d'enfants de différents âges, et de recherches destinées à rassembler des faits déjà connus dans la science pour la plupart. Si l'on examine un os long à la naissance, on voit l'extrémité mousse de la diaphyse embrassée par le cartilage épiphysaire ; le périoste très-fort est le principal moyen d'union. Au contraire, à deux ou trois ans, le périoste est déjà moins épais, mais les fibres osseuses de la diaphyse se continuent, en quelque sorte, avec le cartilage et lui adhèrent de plus en plus fortement. M. Guérétin a pu facilement produire des décollements épiphysaires sur des sujets âgés de moins de 9 mois; plus tard ce résultat a été moins fréquent; enfin, de 7 à 4 ans, jamais il n'a pu y réussir. Les efforts produisaient des luxations ou des fractures dans la diaphyse, Toutefois il est des observations authentiques de cette lésion chez des sujets plus âgés. M. Roux de Brignolles l'a vu chez un jeune homme de 18 ans. Un autre résultat des expériences de M. Guérétin, c'est la difficulté du décollement des têtes de l'humérus et surtout du fémur comparativement à celui des autres épiphyses. L'observation des faits montre combien peu on doit se baser sur de pareilles expériences : en effet, sur 38 cas rassemblés par M. Guérétin, il y en a 12 qui sont des observations de divulsion de l'épiphyse humérale supérieure, et 5 de décollement de la tête du fémur.

M. Guéretin divise les décollements épiphysaires en spontanés et en traumatiques, selon que leur cause est externe ou interne. C'est au décollement spontané qu'il faut rapporter ce que les auteurs ont dit de la gravité de cette lésion. Toutefois M. Guérétin emprunte à Bertrandi un fait où l'on voit le décollement d'un grand nombre d'épiphyses du membre supérieur, et survenus à la suite d'une variole intense, être suivi de guérison, après toutefois avoir donné lieu à des abcès et à d'autres accidents graves. Toutes les causes spécifiques, toutes celles des tumeurs blanches, peuvent produire des décollements épiphysaires. Leur traitement est le même que celui de ces dernières affections.

Le décollement traumatique, plus fréquent, n'a guère été observé que dans les os longs. Tantôt c'est l'épiphyse tout entière qui se détache de l'os, tantôt ce sont un ou plusieurs des points osseux qui, par leur réunion, forment l'épiphyse, qui sont arrachés. Les causes de cet accident sont celles des fractures. Pour l'humérus et le poignet, on le voit survenir dans l'action de soulever l'enfant par les bras et dans les tractions exercées sur le bras pendant à la vulve dans l'accouchement, etc.

Les signes du décollement des épiphyses sont, en général, ceux des fractures des articulations. M. Guérétin les examine successivement dans les différents os où ils ont été observés L'âge du sujet, d'une part, de l'autre, le caractère particulier de la crépitation moins sèche et moins tranchée que dans les fractures ordinaires, sont les principaux signes qui les différencient de cette dernière lésion. Nous ne suivrons pas M. Guérétin dans tous les cas qu'il rapporte. L'observation suivante, qui lui a été communiquée par M. Mirault d'Angers mérite toutefois par son importance d'être indiquée ici :

Un enfant de 10 ans, voulant imiter des tours de force, s'était couché sur le dos et avait reçu son frère sur ses mains pour le lancer à distance. Dans ce jeu, il avait eu les doigts de la main gauche fortement renversés en arrière : un médecin avait cru reconnaître une luxation de la première phalange de l'index gauche sur le métacarpien correspondant. M. Mirault observa les signes suivants : Doigt immobile, 2e et 3e phalanges fléchies, 1re phalange dans l'extension forcée et formant un angle obtus avec le métacarpe. Le doigt est dans sa totalité situé sur un plan postérieur au métacarpe ; l'articulation paraissait plus épaisse qu'à l'état normal. Point de saillie brusque ni à la paume ni au dos de la main. Les mouvements de flexion et d'extension qu'on peut imprimer à la 1re phalange se passent à 4 lignes *au-dessus* de l'articulation métacarpo-phalangienne. A ce point, on peut reconnaître une solution de continuité perpendiculaire à la longueur du métacarpien. On

parvient bientôt à sentir un frottement rugueux, moins âpre que la crépitation ordinaire, et une saillie formée à la paume de la main par l'extremité inférieure du fragment supérieur du métacarpien qui parut divisé nettement. Le fragment inférieur était placé obliquement de haut en bas et d'avant en arrière entre le métacarpien et la phalange (absolument comme l'extrémité inférieure de l'humérus dans les fractures de cet os qui simulent la luxation du coude en arrière); de là l'épaisseur plus grande de l'articulation, la déviation du doigt, son raccourcissement de deux lignes environ, et l'apparente augmentation de longueur de la 1re phalange.

Dans les décollements de la tête du fémur qui surviendront longtemps après la naissance, les signes seront les mêmes que ceux des fractures du col; mais ceux qui se produiront pendant l'accouchement ou peu après l'absence d'action musculaire et par suite de déviation, pourraient faire penser à une luxation congénitale ou à une atrophie du membre. Il suffit d'être prévenu de pareille erreur pour ne pas y tomber.

Relativement à la marche de l'affection et au pronostic, dans les décollements comme dans les fractures des articles, la réunion est plus prompte au membre supérieur, elle est rare et lente au membre inférieur. Cet accident est, en particulier, fort grave quand il a lieu à la tête du fémur. M. Guérctin, après avoir examiné les différents modes de réunion normale ou vicieuse, se demande s'il doit y avoir du raccourcissement dans le cas de réunion normale. La théorie semble indiquer ce fait. En effet, l'accroissement de l'os en longueur se faisant principalement aux extrémités de la diaphyse par l'addition successive des couches osseuses dans la cloison cartilagineuse qui la sépare de l'épiphyse, il s'ensuivra que la réunion dans le décollement de l'épiphyse se faisant par un cal osseux, l'os devra rester plus court que celui du côté opposé, à moins de trouver ailleurs la source de l'accroissement qu'il puisait dans le cartilage épiphysaire. Or M. Guéretin croit trouver la confirmation de cet *à priori* dans l'examen des planches de Reichel. Quant au traitement, l'auteur ne dit rien qui mérite une mention spéciale, c'est celui des lésions des os chez les enfants : légèreté et souplesse dans les appareils contentifs. (*Presse méd.*, 1837 nos 37, 38, 39.)

Nota. Nous trouvons dans le no 55 du même journal une lettre de M. Roux de Brignolles, qui renferme cinq observations nouvelles à ajouter à celles qu'a rassemblées M. Guéretin. M. Roux rappelle que dans sa Thèse soutenue en 1822 à Montpellier sur le même sujet, il est arrivé à la plupart des résultats que nous venons d'exposer.

Calculs salivaires (*observations de*), par M. Donrlens, de Lille.— On connait bien quelques exemples de calcul développé dans des grenouillettes, mais à part l'observation de Sabatier (calcul du volume d'un grain de millet dans le conduit de Warthon), et celle que M. Robert a présenté à la société anatomique, (calcul développé autour d'un crin de sanglier qui s'était introduit dans le conduit de Warthon d'un cordonnier), la science ne possède rien sur les calculs de la glande sous-maxillaire et sur les accidens qu'ils peuvent développer. Les observations suivantes sont utiles, car si la maladie est si peu connue, il faut l'attribuer peut-être moins à sa rareté qu'à la difficulté du diagnostic.

Obs. Ire. — M. Litriu, âgé de 35 ans, s'apperçut en 1828 que sa salive était parfois épaisse, mêlée de pus; plus tard un léger gonflement, quelques douleurs lancinantes sous la branche droite de la mâchoire inférieure, lui firent consulter un chirurgien, qui, remarquant qu'une faible pression sur la tumeur sous-maxillaire provoquait un jaillissement de salive purulente du côté droit du frein de la langue, crut avoir affaire à un abcès symptômatique de la carie des alvéoles, et devoir extraire successivement la canine et deux molaires. Malgré cette avulsion et l'emploi de sangsues et des émollients, la tumeur continua à s'accroître.

Deux ans après le début de l'affection, le malade se présenta à l'observation de l'auteur: Une tumeur du volume d'une noix, molle, facile à déprimer, non adhérente à la peau qui n'a pas changé de couleur, indolente si on la comprime modérément, occupe la partie interne droite et postérieure du maxillaire inférieur. Dans la bouche, faible gonflement au point d'émission du conduit de Warthon du même côté. Une pression sur la tumeur fait sourdre du pus peu lié de ce conduit qui est fort dilaté, et béant. Les mouvements de mastication en augmentent la quantité; muqueuse buccale à l'état normal ainsi que les mouvements de la langue et de la prononciation. Ce n'était pas là une grenouillette, puisqu'il n'y avait dans la bouche d'autre altération que l'émission du pus. On pratiqua le cathétérisme du conduit de Warthon, à l'aide du stylet d'anel, qui fut arrêté à 2 ou 3 lignes, par un corps dur, résistant, sonore; on reconnut pour alors concrétion salivaire, cause probable des accidents. Alors, après avoir fait maintenir la langue avec le pavillon fendu d'une sonde cannelée ordinaire, on fit pénétrer dans le conduit un stylet cannelé fort mince, sur lequel glissa la lame d'un bistouri étroit. Le calcul était profondément fixé par des brides celluleuses, nombreuses et denses; il ne put être isolé que par une dissection minutieuse. On se servit ensuite du stylet comme d'un lévier, pour en opérer l'extraction. La concrétion avait le volume d'une fève de marais, et pesait 11 grains et demi. La cicatrisation fut rapide; le troisième jour la suppuration était complétement tarie; des frictions avec la pommade d'iode ramenèrent en peu de temps la glande sous-maxillaire à son état normal.

Obs. II. M[lle] Dubois, âgée de 27 ans, brune, se plaignait depuis sept ans d'une vive douleur sous le côté gauche de la mâchoire inférieure. Cette douleur irradiait vers le cou et vers l'oreille, où parfois elle était intolérable: la malade attribuait ses souffrances à des coups d'air, elle portait continuellement un bandeau de flanelle. Depuis quelques mois, développement graduel sur le siége de la douleur, d'une tumeur qui rend pénibles la mastication et les mouvements de la langue sans altérer la parole. Lorsqu'elle vint consulter M. Dourlens, depuis six semaines sa salive était de de temps en temps épaisse et gluante. Elle offrait les symptômes suivants : une tumeur dure résistante, sensible sans fluctuation, sans adhérence à la peau dont la chaleur et la température sont naturelles, remplit les deux tiers postérieurs du côté gauche de la base de la mâchoire. Elle ressemble à des ganglions lymphatiques engorgés, ce qui ne saurait exister d'après les renseignements donnés. A l'intérieur de la bouche, la glande sous-maxillaire gauche a un peu plus de volume que la droite, elle est d'une dureté squirrheuse; la sensibilité à l'intérieur est moins vive qu'à l'extérieur ; membrane muqueuse saine, ainsi que l'orifice du conduit de Warthon; la pression ou la mastication n'en font jaillir aucun fluide. M. Dourlens soupçonnant vaguement un calcul, eut recours au stylet d'Anel. Cette exploration fut sans résultat. Alors il eut recours à une ponction exploratrice faite avec un bistouri étroit, pendant qu'on soutenait la glande à l'extérieur. Il reconnut un calcul dans le corps même de la glande et non dans son conduit excréteur.—Une incision sur toute la longueur de l'organe mit à nu le calcul, et après une dissection rendue pénible par l'afflux du sang, il parvint à détruire toutes les adhérences qui le fixaient solidement à la partie inférieure de la glande. Quelques douces pressions exercées sur la tumeur du cou, suffirent pour en opérer l'expulsion sans le briser. Ce calcul a le volume et la forme d'une amande ; il pèse 17 grains. Cicatrisation au bout de six jours ; disparition de la tumeur. Pour tout traitement des collutoires émolliens et des cataplasmes ; depuis quatorze mois la guérison se maintient, les douleurs d'oreilles ont disparu en même temps.

Obs. III. Cette observation, fort détaillée, a été fournie à M. Dourlens par le docteur Dujardin qui en est lui même le sujet. Le calcul développé dans le canal de Warthon sans cause connue, n'a donné d'adord lieu qu'à de la gêne, plus tard à une inflammation vive, accompagnée d'un écoulement purulent par la bouche, et à laquelle a succédé une sub-inflammation qui a duré pendant deux ans. Pendant ce temps il fallait presser tous les jours plusieurs fois, pour faire couler, par le conduit de Warthon, un liquide purulent qui fut ensuite remplacé par de la salive, et qui enfin a cessé. Cependant le calcul reste, on le sent sous la membrane buccale. La salive passe entre lui et le canal, car la glande a repris ses fonctions. Il serait facile de l'ôter : M. Dujardin ne le fera que s'il survient de nouveaux accidents. (*Journ. des Connais. méd. chir.* juillet 1837.)

Hernie congénitale, compliquée d'ascite (*Rupture du sac d'une*): *infiltration du scrotum; Mort.*—Obs. par M. T. Debrou. Un homme de

46 ans, affecté depuis son enfance d'une hernie scrotale droite réductible, avait en outre, depuis plusieurs années, les signes d'une lésion organique du cœur et d'une ascite consécutive, lorsque la veille de son entrée à l'Hôtel-Dieu, à la suite d'un effort de toux, il survint une tuméfaction énorme des bourses : celle du côté droit formait environ les deux tiers de la tumenr. La peau était distendue et laissait suinter un liquide clair sans odeur urineuse. L'urètre d'ailleurs était libre, ce qui fit éloigner toute idée d'infiltration urineuse. Les accidents généraux étaient pressants. Le chirurgien pratiqua une incision assez profonde sur chaque bourse, d'où résulta un dégorgement considérable. Cependant le malade succomba le lendemain.

A l'autopsie, outre l'ascite et une hypertrophie du ventricule gauche, on trouva le canal inguinal fortement dilaté, ainsi que ses deux orifices, dont l'inférieur conduit dans un sac long de trois pouces formé par la tunique vaginale. Ce sac offre à sa partie la plus déclive une déchirure irrégulière de 8 à 9 lignes qui le fait communiquer avec le tissu cellulaire extérieur. Le sac contient en arrière le testicule; en avant et en haut, un caillot volumineux remplit le reste du sac et remonte jusqu'à l'anneau; il communique avec quelques autres caillots plus petits placés dans le tissu cellulaire en dehors du sac. M. Debrou attribue ce caillot à la déchirure d'un vaisseau développé anormalement dans la tunique; car le cordon testiculaire était réuni en un seul faisceau à la partie postérieure du sac.

M. Debrou pense qu'on pouvait arriver au diagnostic de cette affection à l'aide des commémoratifs et de l'inégalité de volume des bourses, signe qui indique que le liquide épanché vient d'un sac contenu dans l'une des bourses elle-même. Quant à l'absence de tout viscère dans le sac, il l'attribue à un taxis naturel produit par le liquide que sa pesanteur entraînait au fond du sac (*Gazette méd. de Paris* 1837, nº 28.)

Arseniate de soude dans le traitement du Lupus, (*Emploi de l'*) par *M. W. Guesnard.* —Decourcelles fut pris à l'âge de 8 ans d'un gonflement d'un doigt indicateur à la suite duquel les deux premières phalanges se détachèrent; la dernière vint se mettre en contact avec l'os du métacarpe correspondant, de sorte que l'ongle se trouvait appendre à cet os métacarpien. — A l'âge de 10 ans, Decourcelles rentra à l'hôpital pour un lupus qui se montrait au même bras. Ce lupus avait commencé par une espèce de saillie tuberculeuse, qui plus tard avait fait place à une érosion des téguments de la face externe de l'avant bras, laquelle s'étendit bientôt jusqu'au coude et continua à faire des progrès, malgré toutes sortes de médications pendant quatre ans. (Cataplasmes, bains simples, sulfureux; iodés, opiacés; cautérisations avec des caustiques variés, iode à l'intérieur, purgatifs).

Au mois d'avril 1836, M. Baudelocque prit le service : L'avant bras, à sa face externe, était presqu'entièrement dénudé; on y

voyait seulement çà et là de petits intervalles peu considérables où la peau était encore saine au milieu des surfaces dénudées ; l'épiderme avait disparu, le corps muqueux s'offrait à nu, rouge ou bleuâtre, douloureux, saignant au moindre attouchement ; quelquefois le fond de l'ulcération était rempli par une substance pulpeuse d'un rose pâle ; autour de l'ulcération la peau était décollée et le stylet y pénétrait profondément. On essaya d'exciser ce décollement, mais au bout de quelques jours il existait un nouvel épiderme, et la peau paraissait constituée par quatre ou cinq feuillets de nouvelle formation ; on pratique une nouvelle excision, et le lendemain on est encore obligé de pénétrer plus profondément. Trois fois l'on cautérisa avec le fer chauffé à blanc toute la face externe de l'avant bras. Il en résultait une douleur excessive, et un écoulement de sang considérable, puis le lendemain une bonne suppuration s'établissait ; les jours suivans il se formait un nouvel épiderme qui s'étendait sur les parties ulcérées. Cette amélioration faisait espérer une guérison prochaine, mais bientôt survenait une nouvelle ulcération centrale qui s'accroissait et détruisait toutes les cicatrices. — Après la cautérisation on eut recours à la compression exercée au moyen de bandelettes de diachylum. Ce moyen réussit d'abord, mais au bout de quinze jours survint une petite ulcération qui s'étendit excentriquement comme les précédentes. — M. Baudelocque eut alors recours à l'*arséniate de soude*, qu'il prescrivit à la dose de 1|15 à 1|2 grain dans un julep. Ce médicament donna lieu d'abord à des coliques et à du dévoiement, l'usage en fut néanmoins continué. On augmenta même progressivement la dose en étudiant la susceptibilité du malade, qui au bout de deux mois en prenait un grain. Sous l'influence de ce moyen, la cicatrice devint plus solide ; l'épiderme, de brunâtre et livide qu'il était, prit un aspect blanchâtre et adhéra plus fortement aux parties profondes. La compression par les bandelettes était en même temps continuée. Depuis six mois il ne reste plus qu'un tubercule d'une demi ligne de large, et le nouvel épiderme s'est maintenu depuis sa formation.

M. Guesnard rapporte plus brièvement deux cas où ce même moyen fut mis en usage avec succès, dans des ulcères qui avaient rongé le lobule du nez. Il fait remarquer qu'il ne suffit pas pour faire la médecine des âges, de fractionner les médicaments comme le pensent quelques praticiens. Souvent chez les enfans on peut porter très loin des médicaments que des praticiens craignent souvent d'employer chez l'adulte. Ainsi la ciguë qui, à la dose de 2 à 3 grains, comme on l'emploie journellement, n'a aucune efficacité, est devenue, entre les mains de M. Baudelocque, une arme puissante contre les scrofules invétérés. Mais il en élève la dose à 80 grains chez des enfans de 6 à 10 ans M. Guesnard a vu d'énormes engorgemens tuberculeux du cou, disparaître sous l'influence de ce moyen. (W. Guesnard, *Consid. générales sur les maladies*

des enfans, Th. Paris. 1837, *n°*. 133). Cette dissertation contient encore plusieurs remarques intéressantes sur le diagnostic et la thérapeutique des maladies des enfans, sur le danger des antiphlogistiques.)

Obstétrique.

ABSORPTION DU PLACENTA. (*Mémoire sur l'*) par le *D*r Villeneuve chirurg. de l'hôp. de la Maternité de Marseille. — Aux faits déjà connus d'absorption du placenta, qui ont fait le sujet d'un mémoire publié dans ce journal (Mai 1836), M. Villeneuve ajoute deux nouvelles observations. L'une d'elles est remarquable en ce qu'il s'agit d'un accouchement tripare. Les trois placentas étaient isolés et l'un deux fut expulsé entre la seconde et la troisième parturitions. Le placenta retenu dans l'utérus appartenait au 1er enfant; c'est entre les deux premières parturitions que le cordon ombilical fut cassé. Il faut remarquer que ce cordon était plus gros que les deux autres; d'ailleurs le premier enfant vécut le plus longtemps 24 h., le 2eme. un quart d'heure, le 3me. 12 h. — La mère était au 8e mois de sa grossesse. Il ne sortit aucune portion du placenta retenu dans l'utérus; les lochies moins abondantes que d'ordinaire ne furent jamais fétides, et il n'y eut aucune hémorrhagie. Il n'y eut aucun symptôme fâcheux, cette femme et sortit de l'hôpital au 11e jour après l'accouchement. Le 20e jour, s'étant livré au coït, elle eut une hémorrhagie, mais il ne sortit ni caillot ni aucun autre corps. Le 31e jour, M. Villeneuve la visita; l'utérus était petit et ne se sentait plus à travers l'abdomen. Toutes les précautions avaient été prises pour s'assurer de la persistance du placenta dans l'utérus, soit par le toucher qui avait constaté qu'aucun des points de sa surface n'était décollé, soit par l'examen des linges de la malade.

Comparant ce fait avec ceux publiés avant lui, l'auteur tire de son examen les corollaires suivans: L'absorption du placenta est un fait incontestable. Cette absorption ne peut s'exercer que sur un placenta intimement adhérent en totalité ou en partie. L'absorption a lieu sans production de lochies ni d'hémorrhagie dans le cas d'adhérence totale, et avec hémorrhagie dans le cas d'adhérence partielle.

L'adhérence totale n'est peut-être jamais mortelle: les cas de mort n'appartiennent qu'à l'adhérence partielle, soit qu'alors l'hémorrhagie nécessite l'introduction fréquente et fatigante de

la main, que la perte de sang soit entretenue par l'inertie utérine, ou par la présence de fragmens de placenta détachés ; soit que l'absorption putride ait été favorisée par l'introduction de l'air et l'irritation de l'utérus ; soit enfin que les manœuvres aient déterminé une métro-péritonite. Un placenta qui n'est pas fixé à l'utérus par des adhérences organiques et utérines ne s'absorbe pas. Il peut être conservé quelques jours sans danger, s'il y a contraction de l'utérus. Il peut même être conservé pendant 4 à 5 mois de grossesse, s'il est uni à un autre placenta dans le cas de grossesse double. Pour faire cesser l'hémorrhagie, il faut enlever avec le plus grand soin tous les fragmens détachés d'un placenta partiellement adhérent.

La *décortication* est dangereuse et inutile : dangereuse, parce qu'on peut entamer l'utérus ; inutile, parce que s'exerçant sur les portions adhérentes, celles-ci seront absorbées sans que la gravité de la maladie en soit augmentée. (*Gaz. med.*, 1837, n°. 27.)

Académie royale de médecine.

Séance du 8 *août.* — M. Girardin propose à l'Académie de s'associer au gouvernement, qui a déjà recompensé honorablement le dévouement et le courage déployé par un médecin français, le docteur Bulard, pendant la peste, en décernant spontanément à ce confrère le titre de correspondant. Cette motion est unanimement appuyée, et renvoyée devant le conseil d'administration.

— Le comité de publication avait décidé que le prochain fascicule serait en entier composé des mémoires couronnés. M. Bousquet déclare que ces mémoires ne suffisent pas pour former un volume. Au nom du comité il propose d'y joindre les mémoires de M. Planche, sur le sagou ; de M. Rayer, sur la communication de la morve du cheval à l'homme, et enfin l'éloge de Scarpa, que va prononcer M. Pariset dans la séance générale qui est très prochaine. (Adopté.) — M. Bousquet évoque ensuite l'article 50 du réglement qui concède à l'académie le droit d'ériger dans l'enceinte de ses séances, le buste des académiciens qui l'ont illustrée. M. Cornac prévoyant que M. Bousquet va proposer cette distinc-

tion pour la mémoire de Portal, réclame la parole en qualité de neveu de ce célèbre académicien, et présente les titres qui doivent assurer à son parent le vote approbatif de l'assemblée. — Une commission spéciale fera dans le plus bref délai son rapport sur cette proposition. — A cette occasion M. Martin Solon, revendique les mêmes honneurs pour Laennec, et M. Laudibert pour Vauquelin.

Prix fondé par Portal. Aucun mémoire n'étant arrivé pour la question du *ramollissement considéré dans les tissus*, M. Bouillaud a rédigé un programme nouveau, mais il ne croit pas devoir le lire, la commission dont il est président n'en ayant pas eu encore connaissance. M. Cornac ne pense pas qu'un nouveau programme soit nécessaire. — On propose de limiter davantage la question posée et de la restreindre par exemple au *ramollissement du cerveau* et *de la moelle épinière*. La commission sera consultée et décidera.

Magnétisme animal. — *Rapport de M. Dubois, d'Amiens.* — M. Dubois rappelle en commençant l'origine de cette nouvelle enquête académique sur le magnétisme, c'est-à-dire les discussions que souleva dans le mois de janvier dernier, l'effet d'une évulsion de dent pratiquée sans douleur apparente sur une somnambule, par M. Oudet, et la lettre qu'adressa le 12 février suivant à l'académie, le magnétiseur M. Berna, qui s'offrait à faire voir des résultats magnétiques concluants, et sollicitait des commissaires pour juger ses expériences.

M. Dubois passe d'abord en revue les diverses phases de ce qu'il appelle l'histoire académique du magnétisme, depuis les discussions qui agitèrent en 1784 l'Académie des sciences et l'ancienne Société de médecine, jusqu'à celles que provoqua M. Foissac en 1826, au sein de l'académie actuelle. M. Dubois insiste sur les conclusions des rapports de 1784, qui non seulement repoussent comme nulles les théories du magnétisme, mais signalent encore ses pratiques comme dangereuses. Pour ce qui est du rapport de la commission de 1826, M. Dubois dit que, tout en respectant les convictions de ces membres, on ne peut considérer leurs opinions comme l'expression générale de l'Académie.

Abordant ensuite l'œuvre de la commission d'aujourd'hui, M. Dubois s'applique à détailler la série des expériences dont elle a été témoin. — C'est le 27 février dernier qu'elle s'est réunie pour la première fois, composée de MM. Bouillaud, Cloquet,

Caventou, Cornac, Dubois, Emery, Oudet, Pelletier et Roux. C'est chez M. Roux président, que les expériences ont été faites d'abord. La somnambule de M. Berna était une jeune fille de dix sept à dix huit ans, d'une constitution d'apparence nerveuse, mais d'un air dégagé et résolu. — M. Berna avait dressé un programme qui portait huit expériences, dont voici les titres et la rédaction : 1°. Somnambulisation ; 2°. constatation de l'insensibilité aux piqûres et aux chatouillements ; 3°. restitution par la volonté mentale de la sensibilité ; 4°. obéissance à l'ordre mental de perdre le mouvement ; 5°. obéissance à l'ordre mental de cesser, au milieu d'une conversation, de répondre ; ordre mental de répondre de nouveau ; 6°. Répétition de la même expérience, le magnétiseur étant séparé de la somnambule par une porte ; 7°. réveil ; 8°. d'après l'ordre mental qui en aura été enjoint dans l'état somnambulique, persistance au réveil de l'insensibilité, et persistance de la faculté de perdre et de recouvrer cette sensibilité à la volonté du magnétiseur.

Quelques parties seulement du programme ont pu être expérimentées dans la première séance, celles relatives à la *somnambulisation*, à l'insensibilité générale de la somnambule pendant le sommeil magnétique, enfin au retour de la sensibilité après le réveil. La paralysie par injonction mentale du magnétiseur a été remise à une séance prochaine. — MM. les Commissaires ont dû, cette fois, s'en rapporter presqu'entièrement au magnétiseur pour l'état somnambulique, et à la magnétisée pour ce qui est de la perte et du retour de la sensibilité. Or, dit M. Dubois, lorsqu'il s'agit d'individus qui ont intérêt à tromper, quelles preuves peuvent fonder des assertions qui reposent toutes sur la moralité des sujets apelés à les fournir ? Aussi cette première séance a été sans importance. C'est par des piqûres d'aiguille qu'on a cherché à exciter les douleurs. La jeune fille avait les yeux bandés ; il était difficile de saisir l'expression de sa physionomie. Une fois, seulement, l'aiguille enfoncée plus profondément au menton a excité un vif mouvement de déglutition.

La seconde séance (10 mars) devoit être plus décisive, et l'a été en effet. Il s'agissait surtout de vérifier la puissance du magnétiseur pour déterminer des paralysies partielles, soit de la sensibilité, soit du mouvement. Les commissaires devaient désigner, en les écrivant, les parties du corps à paralyser, et le magnétiseur était convenu d'indiquer, en fermant les yeux, que l'effet était produit. Aucune des épreuves n'a réussi. Ainsi le bras droit

devait être seul paralysé, la somnambule a déclaré qu'elle ne pouvait mouvoir ni le bras *ni la jambe de ce côté*. On a demandé la paralysie de la jambe gauche *seulement*, la somnambule a signifié formellement qu'elle pouvait la mouvoir, mais en ajontant qu'elle avait perdu l'usage du bras correspondant : elle oubliait qu'à l'instant même elle venait de s'en servir pour ôter d'un des doigts de sa main droite une bague qu'on lui demandait.

Dans une 3e séance (le 13 mars), la somnambule, séparée de son magnétiseur par une porte fermée, devait, sur son ordre mental, cesser d'entendre une personne désignée : une première fois l'expérience manque. On la recommence dans des conditions plus simples : la somnambule cesse de répondre avant le signe convenu. On propose ensuite de rendre la sensibilité à une partie du corps préalablement frappée d'insensibilité ; mais l'expérience manque constamment, tantôt parce qu'on parle trop tôt, tantôt parce qu'on parle trop tard, etc.

Enfin, la Commission était particulièrement désireuse de constater les faits fameux de vision sans le secours des yeux. C'est le 3 avril, chez M. Berna qu'elle s'est assemblée à cet effet. Ici s'arrête la lecture du rapport, qui sera reprise dans la séance suivante.

SARCOCÈLE. — M. Lisfranc montre une pièce d'anatomie pathologique. C'est un énorme sarcocele qu'il vient d'enlever chez un homme de 36 ans. La verge presque complétement effacée adhérait, avec l'urètre et le testicule sain, à la masse cancéreuse qui couvrait en outre la moitié antérieure du périnée du côté droit et deux pouces de la paroi antérieure de l'abdomen. Le dartos du côté opposé, l'urètre et la verge ont été épargnés dans la dissection. Les adhérences du sarcocèle au périnée et à l'abdomen n'ont pas permis son énucléation. Après avoir incisé le canal inguinal, et exercé une traction, on a reconnu que la partie supérieure de la tumeur était suivie de la sortie d'une petite portion d'épiploon, ce qui indiqua une adhérence au peritoine lui-même et à sa déchirure. L'épiploon réduit, une ligature en masse a été placée sur le cordon au-dessus du mal, et M. Lisfranc n'a coupé qu'un tiers de pouce au dessous, laissant ainsi une portion du squirrhe à tomber en gangrène. Un pansement simple a été fait. Quelques accidents de péritonite se sont déclarés peu de temps après, des sangsues en grand nombre en ont vite triomphé. Aujourd'hui, 12 jours après l'opération, la plaie marche vers la cicatrisation.

— Les séances de l'académie ayant été interrompues pendant 15 jours, Mr le Président annonce que plusieurs séances supplé-

mentaires auront lieu pour rétablir l'ordre des travaux suspendu.

Séance du 12 aout.—MORVE DU CHEVAL.—M. Barthélemy demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Il est loin, dit il, de vouloir attaquer la décision qu'a prise l'académie d'annexer aux Mémoires du prochain Fascicule, celui de M. Rayer sur la communication de la morve du cheval à l'homme. Toutefois il doit faire part à l'Académie des renseignements qu'il a recueillis depuis la discussion élevée dans son sein à ce sujet. C'est ; dit-on, à la fin de janvier, que le palefrenier Prot aurait contracté la morve d'une jument dite Percheronne, apartenant à l'entreprise des *Favorites*. Eh bien, si l'on consulte les registres, il en résulte qu'aucun cas de morve ne s'est déclaré parmi les 300 chevaux de l'entreprise jusqu'au 15 avril. D'autre part, la Percheronne habitait l'écurie n° 4, au milieu de 40 chevaux. M. Barthélemi trouve qu'il serait bien remarquable que la morve dont cette jument est censée avoir été affectée, se fût plutôt communiquée à l'homme qu'aux chevaux qui l'entouraient.

— Le reste de la séance est consacré au rapport de la Commission des remèdes secrets. Sur la proposition de cette Commission, l'Académie en rejette quinze.

Séance du 17.—TRAITEMENT DU PIED-BOT PAR LA SECTION DU TENDON D'ACHILLE. — M. Emery fait en son nom et celui de MM. Blandin et Velpeau, un rapport sur un Mémoire de M. Bouvier, relatif au traitement du pied-bot, par la section du tendon d'Achille. M. Bouvier démontre d'abord que, dans toutes les variétés du pied-bot, soit le pied équin, soit le varus interne ou externe, les extenseurs du pied jouent le rôle dominant, et cela quand l'affection est congéniale comme quand elle est accidentelle. Dans l'enfance, les moyens mécaniques usités réagissent le plus ordinairement pour guérir le pied-bot, mais c'est toujours après un long traitement. Chez l'adulte, très-souvent ces moyens sont inefficaces. La section du tendon d'achille est à la fois beaucoup plus rapide et plus sûre. M. Bouvier l'a déja pratiquée 10 fois avec succès, d'après une méthode qui lui appartient

Les premières opérations de ce genre remontent jusqu'en 1784, époque où Lorenz, chirurgien de Francfort, coupa le tendon d'achille à une jeune fille de 17 ans. En 1811, le docteur Michaëlis, de Marbourg, incisa le tendon du jambier antérieur. En 1812, Sartorius, du duché de Nassau, coupa de nouveau le tendon d'achille. Jusqu'à Delpech, l'incision comprenait les téguments et le tendon. C'est ce chirurgien, qui le premier conseilla d'atteindre le tendon,

sans couper les téguments, et en mai 1816 il mit à exécution ses préceptes. Un bistouri à lame étroite fut plongé d'outre en outre en avant du tendon, et divisa la peau dans l'étendue d'un pouce de chaque côté; un bistouri à lame convexe fut ensuite substitué, et coupa le tendon sans léser les téguments. Delpech ne ramena le pied dans la flexion qu'au 28e jour dans le but de laisser d'abord se former entre les bouts du tendon la substance intermédiaire qui devait les unir et qu'il se proposait d'alonger progressivement. Mais ce traitement fut long et difficile; car trois mois après les plaies suppuraient encore, et il y avait toujours inclinaison latérale du pied. Toutefois ce malade put marcher vite et sans gène.

En 1833 et 1834, M. Stromeyer, de Hanôvre, publia six nouveaux cas de section du tendon d'Achille par le procédé de Delpech modifié. Un seul bistouri étroit et convexe sur son tranchant avait servi à ponctionner les téguments, et à couper le tendon. De plus, c'est le 10e jour chez les adultes, et le 5e jour chez les enfants, que la flexion du pied fut pratiquée. Cinq malades guérirent sur six. Quatre avaient des varus; deux des pieds équins. Le plus jeune avait sept ans, le plus âgé 32. Le traitement a duré un mois chez deux sujets, cinq semaines chez le troisième, six chez le quatrième, et deux mois sur le cinquième.—C'est en février 1835 que M. Bouvier conçut l'idée de répéter l'opération de M. Stromeyer, mais ce n'est qu'à la fin de cette même année qu'il en rencontra l'occasion, précisément à la même époque où M. Duval la faisait de son côté. M. Bouvier, tout en reconnaissant les heureuses modifications apportées par M. Stromeyer au procédé de Delpech, a cru qu'on pouvait perfectionner encore la pratique de cette opération. Il ne fait qu'une incision latérale très petite avec une forte lancette ou la pointe d'un bistouri droit, puis il enfonce par l'ouverture un bistouri extrêmement étroit et à pointe émoussée, dont le tranchant dirigé en arrière contre le tendon l'incise de manière à ménager le plus possible la gaîne celluleuse. M. Bouvier s'est encore servi d'un bistouri concave sur son tranchant, et qui, pénétrant en arrière du tendon l'incise comme ci dessus, mais dans le sens opposé. Au lieu d'attendre que plusieurs jours se soient écoulés pour obtenir progressivement la flexion du pied, M. Bouvier l'opère de suite, et la maintient par un appareil fortement contentif.—Les faits de cicatrice des tendons rapportés par Molinelli dans les mémoires de l'Académie de Bologne, celui observé par Clément, chirurgien d'Avignon, cité par Paul dans son supplément aux *Institutions chirurg.* d'Heister; les expériences de Boin, chirurgien à Dijon (1789),

prouvent que, malgré l'éloignement des bouts des tendons coupés, leur continuité peut se rétablir très-vite et très-solidement. M. Bouvier épargne donc aux malades toutes les souffrances que la flexion lente du pied entretient. Le traitement est abrégé, et le succès de l'opération n'est pas compromis, M. Bouvier a d'ailleurs répété les expériences de Boin. Il a vu qu'après son procédé opératoire, la flexion du pied opérée, la gaine du tendon coupé forme un canal dont les parois, ouvertes d'un seul côté, sont d'abord ecchymosées et en contact. En neuf jours, le lien qu'elles forment est déjà solide et adhère aux bouts du tendon. Sa couleur est grisâtre, sans apparence fibreuse encore. C'est vers le douzième ou le treizième jour que le canal ten d à s'effacer, et le dix-huitième qu'il représente un cordon résistant de même volume que le tendon, et qu'il commence à offrir une structure fibreuse. M. Bouvier termine son mémoire par quatre observations détaillées dont une appartient à M. Roux.

Ses conclusions sont: 1° La section du tendon d'Achille guérit promptement les pieds équins, même à un âge où les machines auraient peu d'action et dans les cas réputés incurables jusqu'à présent; 2.° Cette section, pratiquée d'après son procédé, est aussi simple dans son exécution que peu dangerense dans ses suites : la guérison ainsi obtenne peut être regardée comme durable, puisque le malade traité il y a 20 ans par Delpech jouit encore pleinement du succès de l'opération. 4.° Le mécanisme de la réunion fait voir que l'écartement immédiat des deux bouts du tendon ne s'oppose pas à la formation d'un nouveau tendon, non moins capable que l'ancien de supporter l'effort ordinaire des muscles. 5° La section du tendon d'Achille abrège la cure du pied-bot en dedans, lorsqu'il est accompagné d'une forte contraction des extenseurs du pied, et permet d'espérer dans cette variété une guérison plus complète que celle qu'on obtenait jusqu'ici par le seul emploi des machines.

La Commission propose d'adresser des remerciements à M. Bouvier; de renvoyer son mémoire au comité de publication; enfin de le porter sur la liste des candidats pour les places qui viendront à vaquer dans l'Académie. — adopté.

Magnétisme Animal. *Fin du rapport de M. Dubois (d'Amiens.)* Le rapporteur relate ici toutes les circonstances de la séance du 3 avril qui fut la dernière, et dans laquelle devait se révéler le grand fait magnétique de la transposition immatérielle du sens de la vue. Deux ordres de faits ont divisé l'épreuve. Les uns proposés

à la femme dite en état de somnambulisme étaient connus de M. Berna; les autres ont d'abord été arrangés à son insu. La somnambule cette fois était une femme âgée d'environ 30 ans. Deux paquets de cartes avaient été disposés sur une table. Dans l'un, les cartes étaient entièrement blanches, dans l'autre c'étaient des cartes à jouer. M. Berna dirigeait d'ailleurs tout dans cette séance sous le rapport des questions adressées à la somnambule. D'après son invitation, Le Rapporteur ayant pris une carte, y écrivit le mot *Pantagruel*, et la plaça derrière la tête de la somnambule. Celle-ci, sollicitée de dire ce qu'elle voyait, répondit qu'elle distinguait quelque chose de blanc, puis, qu'il y avait de l'écriture. Pressée enfin de lire cette écriture, elle déclara voir un mot qui commençait par un M. Une carte non écrite fut glissée à la place de la première, et la somnambule persista dans son dire, qu'elle voyait un mot commençant par un M, et de plus qu'il y avait doux lignes d'écriture. Sur une autre carte où M. Cornac avait écrit le mot *aimé*, la somnambule avoua ne pouvoir rien distinguer; le même commissaire tira une bourse, la somnambule apperçut quelque chose de rond; M. Cornac présenta ensuite sa main étendue, elle n'en vit pas moins toujours quelque chose de rond. Un moment après, le rapporteur plaça de nouveau derrière la tête de la somnambule une carte sur laquelle était écrit le mot *misère*: interrogée et pressée de dire ce qu'elle voit, elle répond que le mot écrit commence par un T. Enfin une carte simple et toute blanche est appliquée à la nuque, la somnambule y voit quatre à cinq lettres. Les mécomptes du magnétiseur sont au comble quand sa somnambule distingue enfin parfaitement, sur une carte simple et toute blanche, un valet de trèfle!!! — Une seule expérience a pu être un instant spécieuse. M. le rapporteur se tenant debout derrière la somnambule, celle-ci indiqua bien qu'elle voyait un monsieur; interrogée si elle distinguait la bouche de ce monsieur, elle répondit qu'elle ne le pouvait guères, parce qu'il tenait entre les lèvres un corps long et blanc. En effet le rapporteur avait posé une plume entre ses dents, mais il venait d'écrire, et il avait été facile d'entendre à distance courir le bec de la plume sur le papier D'ailleurs la somnambule s'était un instant tournée vers lui, avait levé la tête et pouvait l'avoir apperçu au-dessous de son bandeau. Enfin, le bruit de la plume ayant cessé, le magnétiseur avait demandé à la somnambule si elle voyait la bouche du monsieur qu'elle distinguait. La somnambule n'a-t-elle pas dû supposer à l'instant qu'il y avait quelque chose à la bouche de ce monsieur qui venait d'é-

crire. L'idée d'une plume ne se présentait-elle pas naturellement ? De là ce quelque chose de *blanc* et de *long* qu'elle a désigné si vite.

Pour dernière expérience, M. Berna demande à M. Cornac un objet qu'il avait apporté avec lui, ajoutant qu'il se chargerait de le présenter dans sa main fermée devant le bandean de la somuambule. Alors recommencent les interpellations. La somnambule parait se livrer aux plus grandes recherches, et enfin annonce que ce que tient son magnétiseur est quelque chose de rond, comme un oignon, jaune d'un côté, blanc dc l'antre avec du noir dessus; bref, que c'est ponr marquer l'heure. C'était un jeton d'académie.

Après toutes ccs épreuves et leurs résultats, les membres de la commission devaient être suffisamment éclairés; de son côté M. Berna déclara qu'*il n'avait plus rien à leur montrer.*

Ccnclusions du rapport. — 1. Il résulte de tous les faits et incidcnts dont les commissaircs ont été témoins, qu'aucune preuve spéciale n'a été donnée sur l'existence d'un état particulier, dit état somnambnliqne; que c'est nniqnement par voie d'*assertion*, et non par voie de *démonstration*, que le magnétiseur a constamment procédé sous ce rapport.

II. D'après les termes du programme, la seconde expérience devait consister dans la *constatation* de l'insensibilité de la somnambule. Mais, avec tontes les restrictions imposées par le magnétiseur, on ne pouvait provoquer que des sensations donloureuses très modérées exclusivement par des piqûres peu profondes d'une demi ligne ; 2° on ne pouvait les faire naître que sur des parties habituées peut-être à ce genre d'impression, les mains et le cou; (la face et tontes les parties naturellement couvertes ne devant pas être touchées) ; 3° ce genre d'impression était toujours le même, il résultait d'nne sorte de tatouage; 4° la figure et surtout les yeux où se peignent plns particulièrement les impressions douloureuses, étaient cachées; 5° en raison de ces circonstances, une impassibilité même complète, absolue, n'anrait pu pour les commissaires être une preuve concluante de l'abolition de la sensibilité.

III. Le magnétiseur devait prouver aux commissaires que, par la senle intervention de la volonté, il avait le pouvoir de rendre soit totalement, soit partiellement, la sensibilité à sa somnambulc; mais comme il lui avait été impossible de prouver expérimentalement qu'il avait enlevé ou isolé la sensibilité, cette expérience était corrélative de l'autre : il lui a été par cela impos-

sible de prouver a restitution de cette sensibilité. D'ailleurs il résulte des faits, que toutes les tentatives dans ce sens ont échoué.

IV. Ce qui vient d'être dit pour la sensibilité, peut s'appliquer de tout point à la prétendue abolition et à la prétendue restitution du mouvement.

V. L'un des paragraphes du programme était : obéissance à l'ordre mental de cesser au milieu d'une conversation de répondre verbalement, ou par signes, à une personne désignée. Il résulte des faits qui ont eu lieu dans la séance du 13 mars, que la somnambule paraissait ne plus entendre lorsque le magnétiseur ne *voulait* pas encore l'en empêcher, et qu'elle paraissait entendre de nouveau, lorsque positivement il *ne voulait plus* qu'elle entendît.

VI. Par la puissance de ses manœuvres magnétiques, M. Berna devait montrer aux commissaires, une femme déchiffrant des mots, distinguant des cartes à jouer, suivant les aiguilles d'une montre, non pas avec les yeux, mais par l'occiput : les expériences ont été faites, elles ont complètement échoué.

VII. Désespérant de prouver aux commissaires la transposition du sens de la vue, la nullité, la superfluité des yeux dans l'état magnétique, le magnétiseur voulut du moins se réfugier dans le fait de la clairvoyance, ou de la vision à travers des corps opaques. L'expérience a été un échec de plus.

Pour conclusion dernière et générale, les commissaires doivent inférer de l'ensemble de toutes les expériences faites sous leurs yeux, que M. Berna s'est fait, sans aucun doute, illusion à lui-même, lorsque le 12 février de cette année, il a écrit à l'Académie qu'il se faisait fort de donner à ses membres, suivant ses expressions, l'expérience personnelle qui leur manquait, et lorsqu'il affirmait que les faits seraient de nature à éclairer la physiologie et la thérapeutique. — Aurait-on trouvé autre chose dans des faits plus nombreux, plus variés, et fournis par d'autres magnétiseurs? C'est ce que les commissaires ne chercheront pas à décider. Mais ce qu'il y a de bien avéré, c'est que s'il existe encore en effet aujourd'hui des magnétiseurs, ils n'ont pas osé, malgré l'invitation publique qui leur en a été faite par la commission, se produire au grand jour, ils n'ont pas osé accepter enfin ou la sanction ou la réprobation académique.

— Dans la séance suivante, M. Husson a vivement attaqué le rapport de M. Dubois. Nous donnerons dans notre prochain numéro l'ensemble de la discussion dont ce rapport sera probablement l'objet.

Séance générale du 29. — Cette séance a été remplie par la lecture assez singulière, faite par le sécrétaire annuel, de considérations sur le suicide, par un auteur anonyme ; par la proclamation des prix décernés par l'Académie; enfin par l'éloge de Scarpa, par M. Pariset, secrétaire perpétuel. — Nous reviendrons sur cette séance.

Académie royale des sciences.

Séance du 7 août. — De l'altération du sang comme signe de la mort. M. le docteur Donné adresse la lettre suivante, relative aux signes d'après lesquels on peut constater la mort réelle : « Il est une question dont on s'est beaucoup occupé à diverses époques, et qui a soulevé de nombreuses et de longues discussions. Cette question semble un peu négligée aujourd'hui, et pourtant elle n'a pas perdu de son importance, puisqu'elle n'a pas encore été complètement résolue. Je veux parler des signes certains de la mort.

» Il serait inutile d'entrer ici dans le détail des différens caractères à l'aide desquels on a cru pouvoir distinguer la mort apparente de la mort réelle ; il n'en est que deux dont on doive faire mention. Le premier a été particulièrement étudié par Nysten, et il a en effet une grande valeur ; c'est la raideur cadavérique. Nysten a parfaitement démontré la constance de ce singulier phénomène, les variétés qu'il présente selon les circonstances, et la confiance qu'il mérite. Toutefois un certain nombre de cas échappent à cette loi, comme il l'a reconnu lui-même, et les médecins savent que certaines contractions spasmodiques persistant dans les muscles très long-temps après la mort peuvent être confondues avec la raideur cadavérique ; d'une autre part on voit des sujets chez lesquels ce signe particulier de la mort ne se manifeste pas. En outre, ce caractère a le grand inconvénient de ne pouvoir être constaté une fois qu'il a cessé, et il est comme non advenu quand on n'en a pas été témoin. Tout le monde, au contraire, est d'accord sur la certitude absolue que présente le second signe de la mort dont je veux parler, la putréfaction ; malheureusement, ce caractère devient à peu près inutile dans l'application, par une raison que l'on appréciera facilement.

» Il ne peut s'agir, en effet, pour constater la mort, d'attendre que la putréfaction se soit complètement emparée des cadavres ; la sûreté publique ne permet pas de pousser aussi loin la rigueur des épreuves. Il ne peut donc être question ici que de la putréfaction commençante, se montrant sur quelques points isolés du corps ; mais alors on retombe dans toutes les difficultés des signes mêmes

de la mort. Qu'est-ce, en effet, que la putréfaction et à quoi peut-on en reconnaître les premières atteintes? Une foule de signes plus vagues et plus insuffisants les uns que les autres, tels que l'obscurcissement de la cornée transparente, l'affaissement du globe oculaire, la couleur de certaines parties, le soulèvement de l'épiderme, etc., ont été tour à tour invoqués. Ces efforts des médecins légistes prouvent en même temps et l'importance des caractères tirés de la putréfaction, et le défaut de ceux que l'on a jusqu'à présent proposés.

» Il reste néanmoins évident que c'est là qu'il faut aller chercher les preuves de la mort, et l'on sent que lorsqu'on aura trouvé le moyen de constater la décomposition d'un organe nécessaire à la vie, la question sera résolue et les craintes du public si souvent renouvelées à ce sujet pourront être calmées.

» Le sang est précisément dans les conditions les plus favorables pour le point qu'il s'agit d'établir; il résulte en effet de mes recherches sur ce fluide, et de nombreuses observations sur les modifications qu'il peut subir pendant la vie et après la mort, que le globule sanguin est l'organe qui s'altère le plus rapidement dans les cadavres; c'est là qu'il est facile de saisir, à l'aide du microscope, les premiers effets de la décomposition.

» L'époque à laquelle commence l'altération des globules sanguins est influencée par le genre de mort, l'état des sujets, les circonstances extérieures, etc. Mais je réserve pour un travail plus étendu sur le sang, dans lequel cette observation particulière trouvera naturellement sa place, les détails précis à cet égard; il me suffit pour le moment d'annoncer le fait, et de dire que la décomposition des globules du sang marche bien plus rapidement dans les cadavres que lorsque, tiré pendant la vie, ce liquide est tout simplement abandonné au contact de l'air. Dans ce dernier cas, on trouve encore au bout de plusieurs jours le plus grand nombre des globules intacts dans leur forme et leur aspect, tandis qu'il suffit souvent de quelques heures pour que l'altération cadavérique de ces petits organes se manifeste. On ne les voit non plus dans aucune maladie présenter une altération analogue à celle qui résulte de la mort : il n'est donc pas possible de confondre les modifications pathologiques du sang avec celles dont il est question. Il est remarquable que le sang, sous le rapport des autres caractères, de sa coagulation, de sa séparation en sérum et en caillot, se comporte absolument de même, chez quelques cadavres, trente heures et souvent quarante-huit heures après la mort, que pendant la vie.

» La description exacte de l'altération des globules sanguins m'entrainerait trop loin dans cette lettre; mais si l'Académie juge convenable de charger une commission d'examiner le fait, je suis très disposé à la rendre témoin de mes expériences, afin de la mettre à même de juger la valeur d'un signe que je regarde comme le plus caractéristique de la putréfaction, et par conséquent de la mort, puisqu'il s'agit du fluide indispensable à la vie de tous les organes. »

L'objet de cette communication est renvoyé à l'examen de MM. Breschet et Magendie. — Quoique M. Donné ait cherché à s'expliquer aussi clairement que possible dans cette lettre, il a néanmoins été mal compris par plusieurs personnes; ainsi on a cru qu'il avait considéré l'altération des globules sanguins comme résultant du fait même de la mort; il est évident au contraire que cette altération n'est pour lui qu'un signe de décomposition, plus appréciable et plus certain que ceux proposés jusqu'ici. L'auteur ne prétend donc pas que les globules de sang subissent des modifications particulières immédiatement après la cessation de la vie : les modifications qu'il a remarquées, étant le résultat de la putréfaction, ne se manifestent que lorsque la décomposition des fluides commence à s'opérer; elles sont influencées dans leur marche et leur rapidité, comme la putréfaction elle-même, par une foule de circonstances dépendantes de l'état du sujet, du genre de mort, de la température etc. Ainsi tandis que chez certains cadavres on trouve les globules altérés deux heures après la mort, il n'est pas rare de les voir bien conservés au bout de 24 heures; l'altération des globules sanguins doit donc être considérée comme un signe médiat, et non comme un signe immédiat de la mort. Ainsi lorsque la forme et l'aspect de ces petits organes sont intacts, on ne peut pas en conclure qu'ils n'appartiennent pas à un cadavre, mais lorsqu'ils se présentent avec certaines altérations que M. Donné décrit dans son travail sur le sang, on peut être assuré que l'individu dont ils proviennent est bien réellement mort, puisque son corps est déjà en proie à la décomposition, et que cette décomposition a atteint un agent indispensable à la vie de tous les autres organes de l'économie.

Cathétérisme de la vessie, dans le cas de calcul. — Dans la séance précédente, M. Leroy d'Etioles avait présenté un appareil destiné à faire reconnaître la présence de la pierre dans la vessie, en transmettant à l'oreille le bruit que fait le bout de la

sonde en frappant contre le calcul. Déjà, on avait imaginé d'adapter à l'extrémité de la sonde une partie du stéthoscope. Mais la nécessité où l'on est de déplacer la sonde pour frapper la pierre rend incommode, suivant M. Leroy, un conducteur rigide, en ce que le frottement contre le pavillon de l'oreille peut donner naissance à des bruits susceptibles de masquer le bruit produit dans la vessie. C'est ce qui a déterminé M. Leroy à unir l'extrémité extérieure de la sonde à la plaque en ivoire contre laquelle on pose l'oreille, par un ressort en boudin revêtu de cautchouc, de manière à former un tube flexible. — MM. Moreau de Saint Ludger, et Béhier qui se disent les auteurs de cette application du stéthoscope au cathétérisme et citent à l'appui de cette assertion une note publiée par eux dans le *Journal des Connaissances Médicales* du 15 avril 1836, et dans la *Lancette Française* du 7 mai de la même année, écrivent relativement à cette communication de M. Leroy, et soutiennent, contre l'assertion de ce médecin, que le moyen qu'ils avaient employé, pour s'assurer par l'auscultation médiate, de la présence de la pierre dans la vessie, remplit complètement le but; de sorte que l'invention de M. Leroy ne consisterait que dans une modification qui rendrait la méthode plus commode, mais non le diagnostic plus sur.

Existence de germes chez les foetus. — M. Carus communique le résultat des recherches auxquelles il s'est livré pour déterminer l'époque à laquelle on commence à trouver des œufs dans l'ovaire du mammifères en général et de l'homme en particulier.

Sans entrer ici dans le détail des procédés de recherches, nous dirons : 1° que M. Carus s'est servi avec avantage du *compressorium* de Purkinje et de Valentin pour reconnaître distinctement les œufs cachés dans la substance des ovaires encore tendres; 2° que c'est surtout des ovaires de veaux nouveau-nés qu'il a réussi non-seulement à extraire complètement tout le follicule de Graaf, mais encore (en déchirant avec précaution sous le microcospe ce follicule nommé autrefois à tort *ovulum Grafii*) le petit œuf lui-même nageant dans le *discus proligerus*, au milieu du liquide granuleux sorti du follicule.

D'abord M. Carus ne découvrit ce petit œuf qu'à l'aide de la loupe. Plus tard l'habitude le lui fit reconnaitre à l'œil nu.

Ce petit œuf laissait déja voir bien distinctement le chorion, le vitellus et la vésicule primitive avec sa tache germinative, de manière qu'aux dimensions près, il représentait l'œuf extrait du follicule ovarien d'une vache.

Au printemps dernier, l'auteur étendit ses investigations à l'espèce humaine. Il ne lui fut pas possible de découvrir le follicule de Graaf avec le liquide entourant l'œuf, dans l'ovaire d'une jeune fille morte quatre heures après la naissance. En revanche, et par la pression légère de simples segments de l'ovaire, il se présenta très distinctement des œufs parfaitement indiqués par le vitellus et la vésicule primitive, œufs qui se trouvaient encore étroitement enveloppés de la substance du follicule et de l'ovaire.

Il en fut tout autrement de l'ovaire d'une jeune fille âgée de dix huit mois. Déjà plusieurs follicules d'un quart de ligne, et même d'une demi-ligne de diamètre, s'y montraient; et quoique l'enfant eût souffert du rachitisme, et qu'il y eût infiltration sanguine de l'ovaire, que même un peu de sang eût pénétré quelques follicules et en eût dissous le petit œuf, il se trouva cependant dans l'un des plus grands l'œuf le plus distinctement formé, tandis que d'autres n'offraient plus que le cercle blanchâtre de l'albumine, outre la membrane du vitellus, et le chorion ainsi que la substance du vitellus, distingué vers le *discus proligerus* par ses fins globules, quoique la ligne de démarcation n'en fût pas partout régulièrement tracée.

C'est dans un plus grand développement que se présentèrent les mêmes objets dans les ovaires d'une jeune fille de quatre ans et demi, morte de pneumonie. Ici chaque ovaire contenait un follicule complètement développé, d'un diamètre de six huitièmes de ligne. Après que l'un et l'autre eurent été extraits et déchirés sous le microscope à l'aide de deux aiguilles, il sortit de chacun un œuf dont le diamètre était d'un douzième de ligne de Vienne avec le vitellum, la vésicule primitive munie de sa tache germinative; le tout parfaitement prononcé, nageait dans la liqueur, qui contenait encore quelques globules de substance d'œuf d'une plus plus grande dimension. En outre, il y avait dans la substance des ovaires une foule de petits œufs plus moins grands, du diamètre de 1/60, 1/20 et même 1/14 de ligne de Vienne, tous encore étroitement enveloppés dans leurs follicules.

Le résultat de ces observations peut donc s'énoncer ainsi :

1° Les œufs, ces germes de l'existence future des hommes, se forment déjà avant la naissance de l'individu femelle, de sorte que vers la fin de la grossesse, avec un enfant du sexe féminin, il existe incontestablement trois générations d'hommes dans un seul individu.

2° De bonne heure après la naissance de l'individu femelle, e

au moins dès la première année de sa vie, se développent autour de plusieurs œufs les follicules de l'ovaire, de manière que déja les alentours d'un tel ovule se trouvent essentiellement dans le même état qu'au temps de la puberté,

3° Quand, par l'élargissement du follicule et l'épanchement de la liqueur, l'œuf mûr est isolé davantage de la substance des organes maternels, il reste dans un état de *vie latente* pendant un nombre d'années plus où moins long, jusqu'à ce que par l'acte de fécondation, il soit tiré de cet état dépendant, et appelé à un développement ultérieur.

Il en résulte encore, ajoute M. Carus, que lorsque nous voudrons faire l'énumération de toutes les périodes de la vie humaine il nous faudra procéder à peu près de même que nous le faisons pour les périodes vitales de l'insecte, où l'on distingue la vie ovulaire, celle de larve et de chrysalide, et celle de l'insecte développé.

Séance publique du 21 août. — Cette séance a été consacrée à la distribution des prix pour l'année 1836, et à la lecture de l'éloge de Carnot par M. Arago.

PRIX DE PHYSIOLOGIE.— La commission, composée de MM. Serres, Dumeril, de Blainville, Dumas et Magendie, rapporteur, a jugé qu'il n'y a pas eu lieu à décerner le prix.

PRIX RELATIF AU MOYEN DE RENDRE UN ART OU UN MÉTIER MOINS INSALUBRE. — Voici, des douze pièces reçues par l'Académie, celles qui ont quelque rapport avec l'hygiène ou la médecine.

1° *Invention d'un appareil de sauvetage pour les ouvriers mineurs blessés ou asphyxiés*; par M. Valat. — M. Valat s'est proposé de résoudre le problème suivant : un mineur blessé ou asphyxié, se trouvant au fond d'une galerie, l'amener au jour sans lui causer de nouvelles douleurs, sans l'exposer à de nouveaux périls. L'auteur a rempli toutes ces conditions. Mais, la commission, considérant que les expériences n'ont été faites que sur des mineurs bien portants; et désirant juger par des faits directs les avantages de cet appareil, propose, conformément anx principes déjà posés, d'ajourner le travail de M. Valat.

2. *Moyen d'utiliser immédiatement les matières animales comme engrais*; par M. Payen. — L'administration ayant fait fermer l'abattoir et cesser les travaux de M. Payen, la commission s'est vue forcée de suspendre son examen, qui paraissait être entièrement

favorable à M. Payen, et d'ajourner par conséquent toute décision.

3. *Mémoire sur un appareil destiné à donner le moyen de pénétrer dans les lieux infectés*; par M. Paulin. — M. Paulin a imaginé de revêtir le sapeur-pompier d'une blouse en peau qui lui couvre la tête et le corps, dont les manches se fixent aux poignets par des bracelets, et qui s'arrête au-dessous des hanches par une ceinture. Cette blouse est armée d'un masque en verre qui permet au pompier de se diriger; elle porte sur la partie qui couvre la poitrine une lanterne qui l'éclaire au besoin. Un tuyau, qui est mis en communication avec les tuyaux de la pompe à incendie ordinaire, permet de lancer de l'air sous la blouse, tant pour alimenter la respiration du pompier que pour entretenir la flamme de la lanterne. Une fois gonflée, la blouse contient assez d'air pour qu'un homme puisse y respirer sans gêne pendant six ou huit minutes. Ainsi, en admettant un accident dans le service de la pompe, le pompier aurait toujours le temps de revenir en lieu de sûreté. Pour plus de garantie, le tuyau qui lance l'air a été bifurqué, et il sert toujours à alimenter deux pompiers; tandis que l'un marche au feu, l'autre reste en arrière, prêt à lui porter secours. Quand le premier est fatigué, il est relayé par son camarade.

L'appareil de M. Paulin est employé, non seulement à Paris, mais encore dans nos principales villes de province. A Londres, à Anvers, on s'est empressé de se munir de ces appareils, après avoir constaté leur efficacité.

La commission, convaincue que cet appareil est très-pratique, très-simple et très-efficace, n'hésite point à décerner un prix au colonel Paulin, et elle pense que l'académie croira convenable d'en porter la valeur à la somme de 8000 francs, prenant en considération les occasions nombreuses et graves où cet appareil peut devenir utile, disons mieux, indispensable.

4.° *Sur la conservation des cadavres*; par M. Gannal. — Ce procédé est d'une exécution facile; il est économique; il repose sur l'emploi de matières qui n'ont rien de vénéneux. En effet, après divers essais et tatonnements, l'auteur s'est arrêté à la méthode suivante: il injecte un sel albumineux dissous dans l'eau par l'une des carotides; quelques litres de liqueur suffisent, et le cadavre abandonné à l'air libre s'y conserve longtemps sans putréfaction; quelquefois même il finirait par s'y dessécher et par s'y momifier.

L'auteur s'est servi d'acétate d'alumine préparé par l'acétate de plomb, et le sulfate d'alumine et de potasse. Cet acétate d'alumine employé au titre de 19° du baromètre de Baumé, et à la dose de cinq à six litres, suffit pour conserver un cadavre pendant cinq ou six mois. Il a fait également usage de sulfate simple d'alumine pour se procurer l'acétate de cette base. Avec un kil. de sulfate simple d'alumine en masse, 250 gr. d'acétate de plomb et 2 litres d'eau, on obtient la dose de mélange nécessaire pour conserver un cadavre pendant quatre mois. L'auteur indique même l'emploi du sulfate simple d'alumine tout seul, qui, à la dose d'un kil. de sel concret, pour quatre litres d'eau, suffirait pour conserver un cadavre pendant deux mois.

Par l'emploi de ces procédés, on peut compter que les cadavres se conserveront sans odeur pendant 20 jours, un mois, six semaines, plus ou moins, selon les circonstances de température, l'état du cadavre, et la quantité de liqueur que l'injection a réellement fait pénétrer dans les vaisseaux. Votre commission s'en est assurée par elle-même en examinant des cadavres préparés par M. Gannal; mais elle n'a pas voulu s'en rapporter à sa seule expérience, et afin d'obtenir une pleine conviction sur l'utilité pratique du procédé elle a voulu consulter les personnes qui s'occupent habituellement de dissection. Leur opinion a été unanime.

D'après l'ensemble des renseignements qu'elle a recueillis, votre commission se croit fondée à dire que le procédé de M. Gannal, tel qu'il est, peut rendre de très-grands services aux études anatomiques, qu'il les dépouille en partie de ce qu'elles ont de repoussant, et qu'il leur ôte presqu'entièrement peut-être ce qu'elles peuvent avoir d'insalubre. En conséquence, elle a l'honneur de vous proposer d'accorder à M. Gannal un prix de la valeur de 8,000 francs.

PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE. Parmi le grand nombre d'ouvrages ou d'appareils chirurgicaux envoyés cette année au concours de médecine et de chirurgie, la commission chargée de leur examen n'en a distingué qu'un qui lui ait paru réunir les conditions exigées par le programme. Cet ouvrage est celui du Dr Lambert ayant pour titre: *Méthode endermique*. La Commission a proposé d'accorder à l'auteur de cette découverte importante, dont les avantages déja grands, sont susceptibles de s'étendre encore avec les progrès de la chimie, un prix de la valeur de 5000 fr.

Grand prix de médecine. — L'Académie avait mis au concours pour l'année 1836, la question suivante :

« Déterminer quelles sont les altérations des organes dans les maladies désignées sous le nom de fièvres continues.

» Quels sont les rapports qui existent entre les symptômes de ces maladies, et les altérations observées ;

» Insister sur les vues thérapeutiques qui se déduisent de ces rapports. »

Pour examiner les 18 mémoires qu'elle avait reçus sur ce sujet, l'Académie nomma une commission composée de MM. Breschet, Double, Duméril, Magendie et Serres. C'est le résultat de cet examen que nous venons aujourd'hui lui faire connaître, en lui exprimant tout d'abord le regret qu'elle éprouve de n'en avoir trouvé aucun qui lui parût digne du prix. Néanmoins la Commission a distingué d'une manière particulière quatre de ces mémoires, dans lesquels les auteurs, traitant la question sous des aspects très différents, et avec un talent remarquable, ont présenté des observations importantes, des rapports inaperçus entre les symptômes et les lésions organiques qui se remarquent dans les fièvres continues, et quelques vues thérapeutiques qui, fécondées par le temps, pourront jeter quelque lumière sur les indications curatives de ce genre de maladies.

En conséquence, la commission propose d'accorder à chacun des auteurs de ces quatre mémoires, et à titre d'encouragement, la somme de 1500 francs.

Les quatre mémoires sont inscrits sous les numéros 9, 13, 14 et 15, et portent en tête les épigraphes qui suivent :

N.° 9. «*Sunt autem amplificetur medicina, vestigia et impressiones morborum et interiorum partium ab iis læsiones et devastationes in diversis anatomiis cum diligentia notanda.* (Bacon, de Aug. scient. lib. IV, cap. 2, p. 106). »

N.° 13 « J'ai consulté la nature.»

N.° 14.« *Duo sunt præcipui medicinæ cardines, ratio et observatio. Multi nimium rationi tribunt, multi contra faciunt. Utrique egaliter peccant, fallax quoque non raro experientia, si rationis ductu fuerit destituta. Quapropter, nisi mutuam sibi lucem communicent, æquam erroris causam præbebunt.* (Baglivi, Opera omnia, edente Pinel t. 1, p 7.)»

N.° 15. « *Duo præcipui sunt medicinæ cardines, ratio scilicet et observatio* (Baglivi.)

L'auteur du n° 15 s'est fait connaître ; c'est M. *Montault.*

M. Bousquet s'est également fait connaître comme auteur du n. 14.

GRAND PRIX DE CHIRURGIE. L'académie avait proposé en 1830, et avait remis trois fois au concours depuis cette époque « l'Histoire anatomique, physiologique et pathologique des difformités du système osseux. »

Le prix consistant en une médaille d'or de la valeur de 10,000 fr., a été décerné à M. le docteur Jules Guérin.

La Commission a proposé d'accorder, à titre de second prix, une somme de 6,000 fr. à M. Bouvier.

Nous donnerons un extrait du rapport sur ces deux mémoires.

VARIÉTÉS.

L'*École préparatoire de médecine*, à la formation de laquelle nous avons applaudi des premiers, se soutient et prospère de jour en jour. Malgré les difficultés résultant d'éléments un peu disparates, le Directeur, sachant allier la bienveillance à la fermeté, a conduit à bien une entreprise importante et digne de l'intérêt des gens de bien. Un grand nombre d'examens ont été passés avec succès, et l'année prochaine promet des résultats encore plus avantageux. Aussi l'Université, la Faculté de médecine, l'Académie et l'Association des médecins de Paris, honorent-ils de leur patronage cet établissement dont l'utilité est plus évidente pour les médecins que pour toute autre personne. D'ailleurs, même en général, le but d'un semblable établissement a été compris, et dès à présent de nombreuses demandes sont adressées au Directeur qui n'admet que des élèves choisis sous tous les rapports, ayant l'intention d'en limiter le nombre à quarante, afin de pouvoir donner à leur instruction et à leur éducation des soins plus assidus et plus efficaces.

Sous le rapport hygiénique, la maison ne laisse rien à désirer. Vastes locaux, jardin spacieux, régime abondant et salubre, infirmerie bien disposée pour les cas de maladie, lingerie tenue avec soin, se réunissent pour donner aux familles toutes les garanties qui leur ont manqué jusqu'à présent. (1)

(1) *S'adresser à M. le docteur Ratier, directeur, rue de l'Arbalète* n° 25 bis, *près l'École de pharmacie.*

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel d'Anatomie chirurgicale générale et topographique par Alf. A. L. M. Velpeau, *professeur, etc.* Paris, 1837, in-18.

Le livre que nous annonçons n'est autre chose que le résumé fidèle de l'Anatomie chirurgicale de M. Velpeau. L'analyse détaillée que nous avons donnée de ce dernier ouvrage nous dispense de nous étendre sur la valeur de celui-ci. Certainement il ne peut remplacer les deux volumes du premier, mais il sera très utile aux élèves qui étudient sur le cadavre. Les manuels, pour offrir de tels avantages doivent être composés par les hommes les plus familiers avec la science dont ils traitent. Sachons gré à M. Velpeau d'avoir sacrifié à l'ambition d'être utile l'ennui qui s'attache nécessairement à la rédaction d'un pareil livre. Quelques modifications apportées au plan du traité général ont permis de resserrer davantage les matières, et rendent ce manuel aussi complet que possible sous un petit volume. Il sera recherché par tous les étudians.

Clinique chirurgicale exercée particulièrement dans les camps et les hôpitaux militaires, par le baron D. J. Larrey. — T. V. Paris, 1836, in-8, *Atlas de 17 planches in-4°.*

Les effets consécutifs des lésions traumatiques et des opérations ont été jusqu'ici le sujet d'études isolées. Il appartenait au praticien célèbre qui, après avoir donné ses soins à nos blessés dans cent combats, est allé vingt ans ensuite les retrouver dans leur asile, d'en tracer une histoire un peu plus détaillée. Le cinquième volume de la *Clinique* de M. Larrey, est consacrée à cette étude dont il fera mieux apprécier l'utilité. C'est en quelque sorte un ouvrage à part; l'auteur l'a divisé en quatre parties; dans la première, il traite des effets consécutifs des lésions de la tête; dans la deuxième de celles du tronc; enfin dans les deux dernières des effets consécutifs des amputations ou des résections des membres.

Si le procédé opératoire a peu d'influence sur le résultat immédiat d'une amputation, c'est ce procédé qui décide de la forme du moignon et par suite de son utilité. Les observations de M. Larrey l'ont conduit à préférer de beaucoup l'opération en deux temps pour les amputations circulaires des membres. Tous les blessés qu'il a vus et qui avaient été opérés d'après les préceptes de Dupuytren, en un seul temps, avaient le moignon conique et douloureux. Nous sommes bien loin de révoquer ces faits en doute, mais nous ne pouvons nous empêcher de signaler la préoccupation d'esprit de l'auteur, qui cherche dans une irritation ou inflammation nerveuse, partant de la cicatrice de ces derniers amputés, la cause du marasme et des accidents qui ont déterminé leur mort, de longues années après la blessure. Cette manière de raconter une

observation, en admettant comme démontré ce qui ne peut être considéré que comme une hypothèse, se retrouve fréquemment dans les ouvrages de M Larrey. Pour certaines personnes, trop sévères peut-être, ce défaut atténue la valeur de beaucoup de faits et pourrait rendre pour d'autres esprits dénués de critique, la lecture de ces ouvrages moins profitable.

Quoi qu'il en soit, on trouve dans la partie qui traite des lésions des membres supérieurs, de belles observations de plaies d'articulation guéries la plupart avec ankyloses par l'appareil inamoble et les résultats de la résection de la tête de l'humérus et de l'amputation dn bras dans l'article. M. Larrey résume les indications de ces deux opérations. La terminaison la plus favorable de la première est la soudure de l'extrémité réséquée de l'humérus avec l'un des points correspondans de la côte ou de la tête de l'omoplate; les mouvements du bras et de l'épaule se font alors en commun, ceux des doigts sont bien conservés. Quand par une cause quelconque il se forme une fausse articulation, le résultat est moins favorable, les mouvements étant beaucoup moins précis.

M. Larrey fait ensuite apprécier l'utilité de l'incision longitudinale, par laquelle il commence la désarticulation de l'épaule. » Cette incision, dit-il, dont le sommet ne dépasse pas, à l'instant où elle est faite, le bord de l'acromion, remonte à plus de trois centimètres au-dessus de cette éminence, et favorise ainsi le rapprochement et la réunion des bords inclinés des deux lambeaux, qui reprennent ensuite la ligne droite, de manière que la cicatrice se prolonge verticalement au devant de la cavité glénoïde, et s'étend au-dessus de l'acromlon pour produire la queue de l'Y.

Passant aux lésions des membres pelviens, il apporte de nouveaux faits à l'appui de son opinion sur la fémoro-coxalgie; les pièces qu'il a pu voir ne lui ont jamais offert de luxation, mais seulement une usure de la tête ou de la cavité cotyloide par la carie. On connait ses observations de guérison par les applications réitérées du moxa, il en rapporte une, nouvelle : La maladie était au troisième degré. L'auteur étudie ensuite les fractures du col du femur, dans lesquelles il choisit la position horisontale de préférence au plan incliné; les effets de l'amputation des deux cuisses chez le même sujet, les lésions de l'articulation du genou, de la guérison desquelles il rapporte plusieurs exemples. Il reproduit ensuite le travail qu'il a lu à l'académie, sur un luxation du genou.

Dans les premières parties on ne trouve pas moins d'observations intéressantes. L'opiuion de l'auteur, sur le mode par lequel se ferment les ouvertures du crâne après l'opération du trépan est déjà connue. Il insiste beaucoup sur la réduction du crâne, par suite de laqnelle les bords de l'os s'amincissent et semblent s'alonger vers le centre de la blessure. On voit ailleurs une véritable raréfaction de l'os : ses petits vaisseaux s'alongent et se solidifient pour former un prolongement qui peut fermer à la longue l'ouvertnre du crâne. M. Larrey refuse donc au péricrâne et à la dure mère une utilité dans ce travail d'ossification. Il est probable toutefois que la nature a plusieurs voies pour arriver au même résultat. M. Du-

breuil dans un travail qu'il vient de publier (*Presse méd.* n°. 57) donne le précis de plusieurs expériences desquelles il résnlte que le péricrâne, et même à son défaut la dure mère peuvent donner lieu à cette ossification qui manque au contraire si on enlève ces membranes et surtout le périoste, d'où le précepte de le conserver avec soin dans l'opération du trépan. La plaque osseuse que M. Dubreuil a vu chez des chiens, soudée dans le trou fait par le trépan, n'est point, comme le pensait M. Velpeau d'après un récit infidèle, le résultat de la réunion d'une pièce détachée des os, mais bien de la sécrétion du périoste.

La réduction du crâne, signalée par M. Larrey, après l'opération du trépan, est tout à fait analogue à celle de la poitrine, qui suit la résorption d'un épanchement qui a atrophié le poumon. On observe encore dans le cas d'atrophie de l'œil, après l'ophthalmie d'Egypte, la réduction des orbites et par suite l'agrandissement proportionnel des cavités du crâne. Chez les individus dits mentons d'argent, où les os de la face ont été en grande partie détruits par des projectiles, la nature fait aussi contrairement à l'opinion de Sœmmering des efforts incroyables pour réparer le désordre. Elle rapproche les os les uns des autres d'une façon extrêmement curieuse. On peut consulter la description et le dessin donné par M. Larrey, de la tête d'un de ces sujets. Ce chapitre, parmi plusieurs faits intéressans, renferme encore des observations de guérison de cataracte déjà avancée, par l'application de ventouses aux tempes, de moxas à la base du crâne. Les chirurgiens devront méditer ces faits. Nous citerons enfin, du paragraphe suivant, l'observation curieuse d'un invalide qui, traité d'une hernie congénitale double par la castration, dans son enfance, n'en vit pas moins ses deux hernies se reproduire. L'auteur attaque aussi les nouvelles méthodes proposées pour la cure radicale des hernies. Nous bornerons là cette analyse, que nous aurions étendue beaucoup trop loin, si nous eussions dû parler de tout ce qu'il y a de bon et de curieux dans ce volume.

FIN DU SECOND VOLUME.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES DU TOME II,

TROISIÈME SÉRIE DES ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

FIN DE LA TABLE.



IMPRIMERIE DE MIGNERET, RUE DU CHERCHE-MIDI, 53.